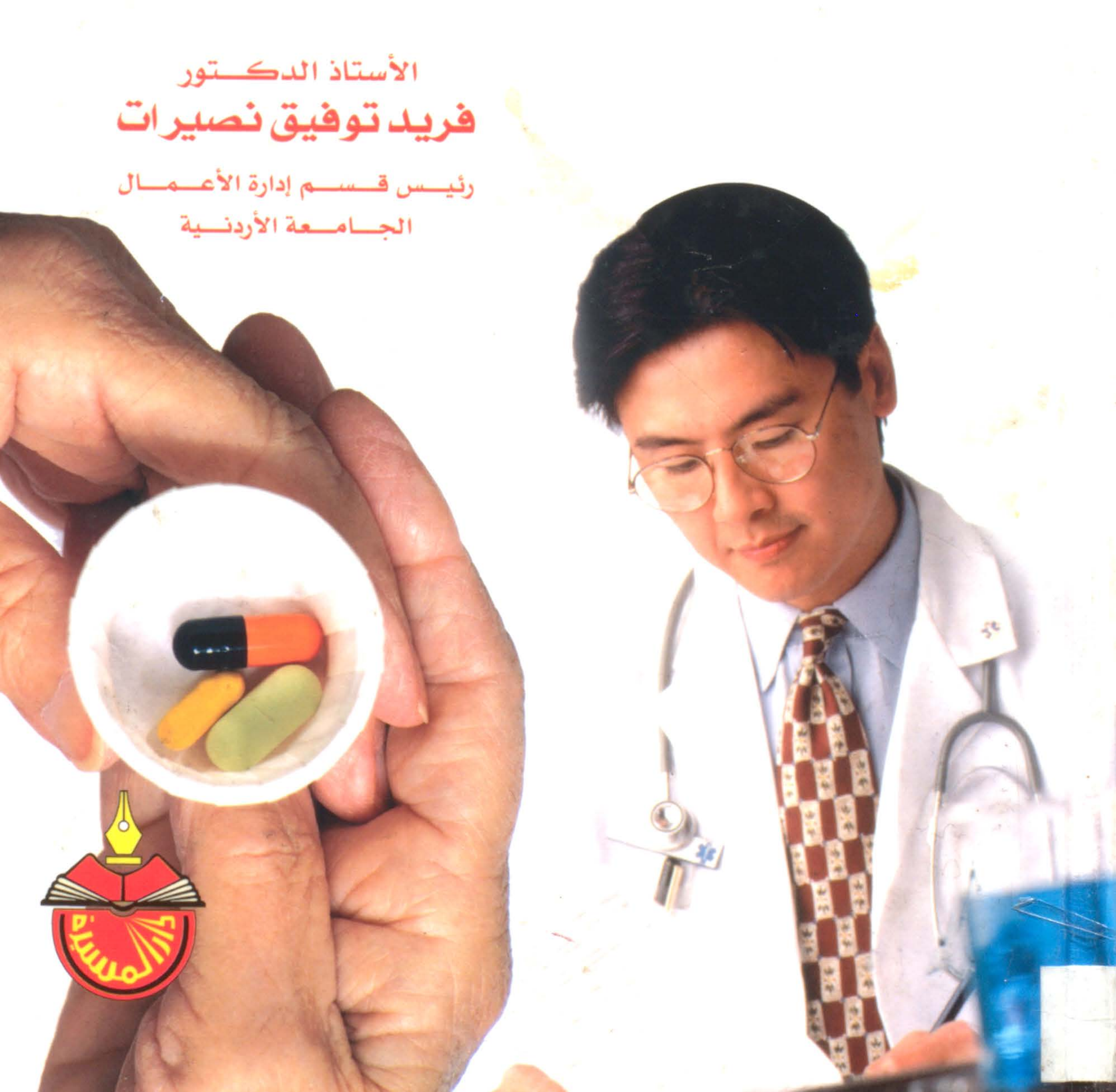
مقيم ومحكم علمياً

إدارة منظمات الرعاية الصحية

الأستاذ الدكتور
فريد توفيق نصيرات
رئيس قسم إدارة الأعمال
الجامعة الأردنية



رقـــم التصنيـــف : 362.11
المؤلف ومن هو في حكمه: فريد توفيق نصيرات
عنـــوان الكتـــاب: إدارة منظمات الرعاية الصحية
رقـــم الايـــداع : 2007/5/1574
الـواصفـــــــات: /الرعاية الصحية//المنظمات/
بيـانـــات النـــشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع
* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى
2008 م - 1428 هـ



عمان-العبدلي-مقابل البنك العربي
هاتف:5627049 فاكس:5627059
عمان-ساحة الجامع الحسيني-سوق البتراء
هاتف:4640950 فاكس:4617640
ص.ب 7218 - عمان 11118 الأردن
www.massira.jo

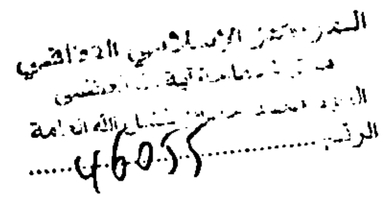
إدارة منظمات الرعاية الصحية

الأستاذ الدكـــتور

فريد توفيق نصيرات

رئيـــس قـــسم إدارة الأعـــمـــال

الجـــامـــعة الأردنـــية





الإهداء

إلى الممارسين والدارسين للإدارة الصحية، أهدي هذا الجهد المتواضع

المؤلف

أ. د. فريد نصيرات

فهرس الكتاب

الفصل السابع

نظريات التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية

الفصل الثامن

الرقابة في المنظمة الصحية

الفصل التاسع

تحفيز الموارد البشرية في المنظمة الصحية

الفصل العاشر

القيادة في المنظمات الصحية

الفصل الحادي عشر

الاتصال في المنظمات الصحية

الفصل الثاني عشر

التغيير التنظيمي في المنظمات الصحية



مقدمة الكتاب

تواجه الأنظمة الصحية في مختلف المجتمعات المتقدمة منها والنامية ثلاثة قضايا رئيسة تعود لمواضيع تتعلق بإنتاج وعدالة توزيع الخدمات الصحية. وجودة هذه الخدمات وكلفتها المتصاعدة. وللتعامل مع هذه القضايا وظفت الدول المتقدمة استراتيجية مختلفة دون تحقيق تقدم مرضي في هذا الصدد وقد أدركت الكثير من الدول وبشكل خاص الدول المتقدمة أن هذه المشاكل يمكن التعامل معها من خلال التركيز على الإدارة لصحية وبدأت تعطي اهتماماً متزايداً لموضوع الإدارة الصحية وتوفير الأطر الإدارية المؤهلة والمدربة للتعامل مع قضايا القطاع الصحي وقد جاء ذلك الاهتمام نتيجة لإيمان هذه الدول بأن المشكلة الحقيقية التي تواجه أنظمتها الصحية ليست مشكلة إمكانات وموارد بقدر ما هي مشكلة إدارية وتنظيمية تتعلق بكيفية توظيف واستخدام الموارد المتاحة بفاعلية وكفاءة. فالإدارة هي التي تتخذ القرارات وترسم السياسات المتعلقة باستعمال وتوظيف الموارد المتاحة. وبقدر ما تكون الإدارة مؤهلة وفاعلة وكفوة بقدر ما تحسن استعمال هذه الموارد والعكس صحيح.

وانطلاقاً من الإيمان بأهمية الإدارة الصحية والدور القيادي والحيوي الذي تلعبه في قيادة وتوجيه نظام الصحي أصبح موضوع الإدارة الصحية حقلاً متخصصاً من حقول العلوم الإدارية والصحية يدرس في الجامعات شأنه شأن التخصصات الإدارية الأخرى وأصبحت الإدارة لصحية مهنة معترف بها لها هويتها المحددة وبنائها العلمي والمعرفي ودورها الاجتماعي الحيوي وتحكمها تشريعات وأنظمة وأخلاقيات متعارف عليها.

أما في الدول العربية شأنها شأن الكثير من الدول النامية فلا يزال الاهتمام بموضوع الإدارة الصحية وبما يمكن أن تلعبه من دور حيوي وهام في قيادة

أنظمتها الصحية وتوجيهها نحو تحقيق أهدافها اهتماماً ضعيفاً حيث لا زالت هذه الدول تسند إلى الأطباء مهمة إدارة منظماتها الصحية كما أن الأطباء لا يزالون الفئة المهيمنة على المنظمات الطبية والصحية مما سيزيد من عمق وحدة القضايا الصعبة التي تواجه أنظمتها الصحية حالياً ومستقبلاً.

ويأتي هذا الكتاب كمحاولة متواضعة لإلقاء الضوء على إدارة المنظمات الصحية والمستشفيات ولد بعض النقص في المكتبة العربية في هذا المجال ولتلبية حاجة الدارسين للإدارة الصحية والممارسين والعاملين في مجال إدارة المنظمات الصحية حيث يتناول الموضوع باثني عشر فصلاً يكمل بعضها البعض. اجتهدت فيها ما وسعني الاجتهاد لعرض الموضوع بشكل مبسط وميسر دون إخلال بالمفهوم والجوهر وبشكل معمق دون تعقيد وإرباك مع اعتذاري عن جوانب الخلل والقصور وهي موجودة لا محالة.

﴿ وما أوتيتم من العلم إلا قليلا ﴾

صدق الله العظيم

الفصل الأول

الإدارة الصحية : المفهوم والأهمية والخصوصية

- مقدمة
- تعريف الإدارة الصحية
- خصوصية الإدارة الصحية
- مكونات نظام الإدارة الصحية
- العوامل البيئية المؤثرة على نظام الإدارة الصحية



الفصل الأول

الإدارة الصحية : المفهوم والأهمية والخصوصية

مقدمة:

إن المتبع لقطاع الرعاية الصحية وما واجه ويواجهه من مشاكل وقضايا رئيسية وصعبة تعود لمواضيع عدالة توزيع خدمات الرعاية الصحية وجودتها وكفاءتها يلاحظ اهتماماً متزايداً بموضوع الإدارة الصحية من قبل المهتمين والمشتغلين بالقطاع الصحي من مخططين صحيين ومزودين لهذه الخدمات إضافة إلى المنتفعين بها. ويأتي التركيز على الإدارة الصحية كعنصر أساسي وجوهري في التغلب على هذه المشاكل الصعبة التي تواجه المؤسسات والأنظمة الصحية وبهذا المعنى يقول أحد كتاب الإدارة أن المشكلة الحقيقية التي تواجه المؤسسات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص هي مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانات وموارد. وقد نما هذا الاهتمام بموضوع الإدارة الصحية في كثير من الدول المتقدمة وخاصة أمريكا منذ عشرات السنين وأصبح يدرس من خلال الجامعات كتخصص إداري شأنه شأن التخصصات الإدارية الأخرى كما أصبحت الإدارة الصحية مهنة معترف بها وذات أهمية كبيرة شأنها شأن المهن العريقة المعروفة كالطب والمهندسة والمحاماة. أما في الدول العربية ورغم أهمية الدور الذي يمكن للإدارة الصحية القيام به في مجال تخطيط وتقديم خدمات الرعاية الصحية بإطار من الكفاءة والفاعلية فلم تحظ الإدارة الصحية بعد بما تستحقه من الاهتمام إذ لا تزال تسند إلى الأطباء مهمة إدارة أنظمتها ومؤسساتها الصحية وأحياناً ما يساعد هؤلاء الأطباء إداريون غير متخصصون في الإدارة الصحية مما يحد من فعالية الأنظمة الصحية ومؤسساتها ومن قدرتها على توفير خدمات جيدة وبشكل يحافظ على مواردها الصحية المحدودة والمرتفعة التكلفة.

وعن أهمية دور الإدارة الصحية الجيدة في إدارة النظام الصحي ومؤسساته يقول أحد الكتاب "إن الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم فكلاهما يعني الأداء السلس والكفؤ لجميع الأجزاء. فالإدارة الجيدة تبرز الأولويات وتوائم الخدمة حسب الاحتياجات المتغيرة وتستخدم الموارد المحدودة بأقصى كفاءة ممكنة وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها" وينهي الكاتب تعليقه على هذا الموضوع بالقول بأن الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات صحية جيدة والعكس صحيح.

طبيعة الإدارة الصحية:

تعتبر الإدارة الصحية فرعاً متخصصاً من العلوم الإدارية والصحية المتميزة، وهي علم تطبيقي اجتماعي، يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة والعلوم الطبية والصحة العامة والوبائيات والسياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية، وعلوم أخرى متخصصة في الإدارة الصحية كالبحوث الصحية أو أنظمة البحوث العلمية والتخطيط الصحي والثقافة الصحية، وتقويم البرامج الصحية. ويعتبر النظام الصحي من أعقد الأنظمة بسبب تعدد الخبرات والمهارات وعدم تجانسها والإدارة الصحية علم وفن متغير ومتطور نتج عن التغير الدراميتكي في التكنولوجيا الطبية، وتدريب وتعليم القوى الصحية العاملة، وازدياد تكاليف الخدمات الصحية أيضاً.

إن الإدارة الصحية شأنها شأن الإدارة في المؤسسات الأخرى تقوم بتحديد الأهداف وتنسيق نشاطات القوى العاملة الإدارية والمهنية والطبية وغيرها من أجل تحقيق الأهداف المرجوة والمتوقعة في المؤسسة الصحية. ويتطلب هذا من الإداري الصحي أن يكون مخططاً، واستراتيجياً في بعض النواحي، ومنسقاً وقبل كل شيء قائداً وموجهاً للعنصر البشري ومحفزاً ومراقباً للأعمال والأنشطة كما أن المدير الصحي كقائد هو القدوة والنموذج لكل المرؤوسين، وهو صانع القرارات وهو الذي يستعمل الموارد بكفاءة وفعالية في المؤسسة الصحية.

الإدارة الصحية، علم أم فن؟

بالنظر إلى العملية الإدارية بعناصرها ووظائفها المحددة نجد أن بعض هذه الوظائف ذات طبيعة اجتماعية والبعض الآخر ذا طبيعة علمية ومنطقية وعلى ذلك تعتبر الإدارة الصحية فناً لأنها تستخدم الكثير من المهارات الإنسانية والاجتماعية، والتي لا يمكن قياسها كمياً كما هو الحال في العلوم التطبيقية الأخرى كالكيمياء الحيوية الطبية والفيزياء الطبية والعلوم الطبية. والإدارة الصحية في جوهرها ذات طبيعة إنسانية فالإنسان هو الوسيلة والهدف وتتضمن مهارات اتصال فعال، وتحفيز وقيادة وتوجيه واستشارة، واستخدام مناهج إنسانية وأخلاقية ذات طبيعة شخصية وفردية يجتهد فيها المدير عند تعامله مع الموارد وتقييمه لها.

وكما أن الإدارة الصحية تعتبر فناً متميزاً فهي أيضاً علماً متخصصاً له أصوله وقواعده ويتطلب توظيف أساليب كمية، ومنطقية في حل المشكلات واتخاذ القرارات. فالأساليب الكمية كمعدل دخول المرضى، أو معدل الإقامة للمريض، أو معدل الوفيات (الخام) في المستشفى، وفترة الانتظار في العيادات الخارجية، ومراقبة المخزون الطبي، ومدى رضى المرضى عن الخدمة الصحية وجودة الخدمة المقدمة وغيرها مهمة جداً للإداري الصحي عند ممارسته العملية الإدارية من أجل استعمال وتوظيف الموارد المتاحة بفاعلية وكفاءة، وعادة يحتاج الإداري استعمال وتوظيف فن الإدارة عند التعامل مع العنصر البشري فهو يستخدم فن المهارات الإنسانية في الاتصال والتوجيه والقيادة ويوظف أدواره الإدارية لحفز الأفراد على تحقيق الأهداف المحددة. وعندما يتعامل مع المواد فهو يوظف الإدارة كعلم لاحتساب القيمة المستنفذة للأجهزة والمعدات في قسم ما بعد فترة زمنية من التشغيل وكذلك عند احتساب مؤشرات استعمالية الموارد كنسبة أشغال الأسرة ومعدلات استعمال المواد حيث يوظف التقنيات العلمية في اتخاذ القرارات لحل المشاكل ولضمان فعالية وكفاءة الأداء. وهكذا نجد أن الإداري عند ممارسته للعملية الإدارية فإنه يمزج بين الإدارة كفن والإدارة كعلم.

كما أصبحت الإدارة الصحية مهنة معترف بها شأنها شأن المهن التقليدية كالطب والهندسة والتمريض نظراً لارتكازها على بناء نظري ومعرفي محدد ومعروف يدرس في الجامعات والمعاهد المتخصصة كما أن لها دور اجتماعي هام وتحكمها أخلاقيات وأحكام وتشريعات صارمة تحكم السلوك والممارسة.

تعريف الإدارة الصحية:

لقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بما يلي "الإدارة الصحية هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل".

ورغم ما يلاحظ من أن هذا التعريف يتضمن أشياء مشتركة للإدارة الصحية مع التخصصات الإدارية الأخرى (وخاصة الإدارات الخدمية) من حيث الوظائف الإدارية المعروفة للمدير إلا أنه لابد من التنبيه إلى اختلاف أساسي وجوهري في ميدان الممارسة والتطبيق الخاصة بالقطاع الصحي والتي تضع المدير الصحي أمام معطيات وتعقيدات لا نجد نظيراً لها في القطاعات الأخرى وهي كما يلي:

1- محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد. مما يعني أن المدير الصحي مطلوب منه دائماً أن يقدم الكثير بالقليل المتوفر لديه.

2- التوقعات العالية لمستهلك الخدمات الصحية فهو يتوقع المعجزات من الطب والنظام الصحي كما إنه غير راض بشكل عام عن جودة ما يستهلك وعن كلفة هذه الخدمات.

3- التصاعد المستمر في كلفة الخدمة وما يصاحبه من عدم رضى من جانب ممول الخدمات الصحية سواء كان جهات حكومية أم جهات خاصة أم مؤسسات تأمين.

4- تذمر وعدم رضى من جانب مقدم الخدمات الصحية وبشكل خاص الأطباء والممرضات فهنالك عدم رضى بسبب ضغط العمل وزيادة الطلب على الخدمة وهنالك عدم رضى عن ظروف العمل وتدني الأجور. مما ينعكس سلباً على المعنويات.

5- الاعتبارات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية والتي تضع قيود ومعوقات أمام التركيز على الكفاءة والاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية. إن مجمل هذه القيود تضع المدير الصحي في وضع صعب.

خصوصية الإدارة الصحية:

مما لاشك فيه أن تميز الإدارة الصحية ينبع من خصوصيات القطاع الصحي وخصوصية مؤسساته كأكبر وأعقد قطاع بالمقارنة مع القطاعات الأخرى في أي مجتمع كان ومن الخصائص المميزة للقطاع الصحي ما يلي:

1- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية بمعنى أنه لابد من تكييف الخدمة الصحية وتخطيطها وتقديمها وفقاً لحاجة كل فرد على حدة. فالخدمة الصحية لا يمكن إخضاعها لمفهوم الإنتاج الكبير ومن ثم بيعها كما هو الحال في السلع المادية.

2- إن الطبيعة الشخصية والفردية للخدمة الصحية تجعل العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلف ومتشعب وبالتالي غير خاضع إلا للقليل من التنميط والقياس إضافة إلى أن الجزء الأعظم من العمل في المؤسسة الصحية يتم بواسطة الإنسان وليس الآلة.

3- الدرجة العالية من التمهن والتخصص في القطاع الصحي إذ يعتبر هذا القطاع من أكبر القطاعات مهننة في المجتمع فإلى جانب الأطباء كأكبر وأكثر العناصر العاملة في المؤسسة الصحية مهنية وأكثرهم علماً وتخصصاً هنالك الصيادلة والممرضات بتخصصاتهن المختلفة وأصحاب المهن الطبية المساندة وغيرهم مما يعطي هؤلاء المهنيين وخاصة الأطباء نفوذاً وسلطة كبيرة تجعل بقية الفئات الأخرى المرتبطة برعاية المرضى مسؤولون أمامهم. مما يصعب معه إدارة وتنظيم هؤلاء من خلال

التشريعات والأنظمة الرسمية المعروفة في المؤسسات الأخرى ويؤدي إلى الاحتكاك والاختلاف مع الإدارة.

4- تعدد المؤسسات الصحية والجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية داخل البلد الواحد. حيث تتراوح هذه المؤسسات من مؤسسات الرعاية الأولية كالمراكز الصحية الصغيرة والمستوصفات إلى المستشفيات والمراكز الطبية الكبيرة الحجم وما بين ذلك من مستشفيات عامة ومتخصصة تعود في إدارتها وملكيتها لجهات متعددة هذا بالإضافة إلى المؤسسات الصحية الأخرى المعنية بتقديم خدمات الرعاية الصحية كمؤسسات الصحة العامة وصحة البيئة والصحة الوقائية وغيرها. إن هذا التعدد الكبير في المؤسسات الصحية والجهات المسؤولة عن تقديم هذه الخدمات يتطلب مداخل إدارية مختلفة ومتعددة لا يوجد مثيلاً لها في القطاعات الأخرى.

5- إن الطلب على الخدمة الصحية والحاجة لها يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري لأي مجتمع فكلما زادت درجة التحضر والتقدم زاد الطلب على الخدمة الصحية وبالتالي زاد عدد ونوع المؤسسات الصحية المطلوبة ويأتي دور الإدارة الصحية في إبراز الأولويات وإعادة ترتيبها على ضوء الاحتياجات التي تستجد وتحديد المزيج المطلوب من الخدمات الصحية بشكل مستمر.

6- عدم خضوع الخدمة الصحية لقانون العرض والطلب فمن المعروف أن العرض في القطاع الصحي يولد المزيد من الطلب. والطلب على الخدمات الصحية يبقى دائماً أكثر من المعروض منها. كما أن الطلب على الخدمة الصحية ذا طبيعة طارئة او ملحة عموماً ولا يمكن تأجيله كما هو الحال في الخدمات الأخرى.

أما على مستوى المؤسسة الصحية وبشكل خاص المستشفى فهنالك العديد من الخصائص التي تميزه عن غيره من التنظيمات في القطاعات الأخرى وتجعل منه أعقد تنظيم في الوجود. وبالتالي الحاجة الماسة إلى إدارة متخصصة تستطيع إدارة أنشطته وتوجيهها نحو الأهداف المرسومة وسنأتي على ذكر هذه الخصائص تفصيلاً عند الحديث عن تنظيم المستشفى.

إن هذه الخصائص المميزة للقطاع الصحي والمؤسسة الصحية عن غيرها من القطاعات والمؤسسات تجعل الإدارة الصحية متميزة في أدائها ودورها ومسؤولياتها عن التخصصات الإدارية الأخرى وتتطلب عناصر قيادية مؤهلة ذات مواصفات عالية تستطيع التعامل مع خصوصيات هذا القطاع وتعقيداته وحل المشاكل والقضايا التي تواجهه وتوجيه القطاع الصحي نحو نماذج تتصف بالاستجابة والمسؤولية لتلبية الاحتياجات الصحية الحاضرة والمستقبلية بإطار من الفعالية والكفاءة.

وبهذا المعنى يقول أحد الكتاب بان على المدير الصحي الاسترشاد دائماً والالتزام بما يسمى بالإنجليزية (Rs 3) وهي:

أ- الاستجابة Responsiveness لحاجات وطلبات مستعملي ومستهلكي الخدمات الصحية.

ب- المسؤولية عن وظائف التخطيط والتنظيم والرقابة وتنسيق الخدمات.

ج- الإصلاح والتوفيق Reconciliation بين المعارف المتعددة والضخمة والمواقف والمهارات التي تتفاعل في تشغيل النظام الصحي ومؤسساته.

مكونات نظام الإدارة الصحية:

نظراً لتعقيدات القطاع الصحي وخصوصيته الآنفة الذكر فإن أفضل طريقة لتوضيح العلاقة بين الإدارة الصحية وبين المكونات العديدة الأخرى للنظام الصحي هي النظر إلى الوظائف الإدارية داخل النظام الصحي باستعمال نظرية النظم العامة. وعلى ذلك يمكن النظر إلى الإدارة الصحية في النظام الصحي كعملية يتم من خلالها تحويل مجموعة من المدخلات إلى مجموعة من المخرجات. والنظام هنا هو نظام مفتوح بمعنى أن المدخلات وعملية التحويل والمخرجات تتأثر بعوامل بيئية متعددة (اجتماعية، اقتصادية، ثقافية، سياسية، فنية، ... ، الخ) والتي تسهل عملية تقديم الخدمات أحياناً وغالباً ما تضع القيود والضغوط عليها.

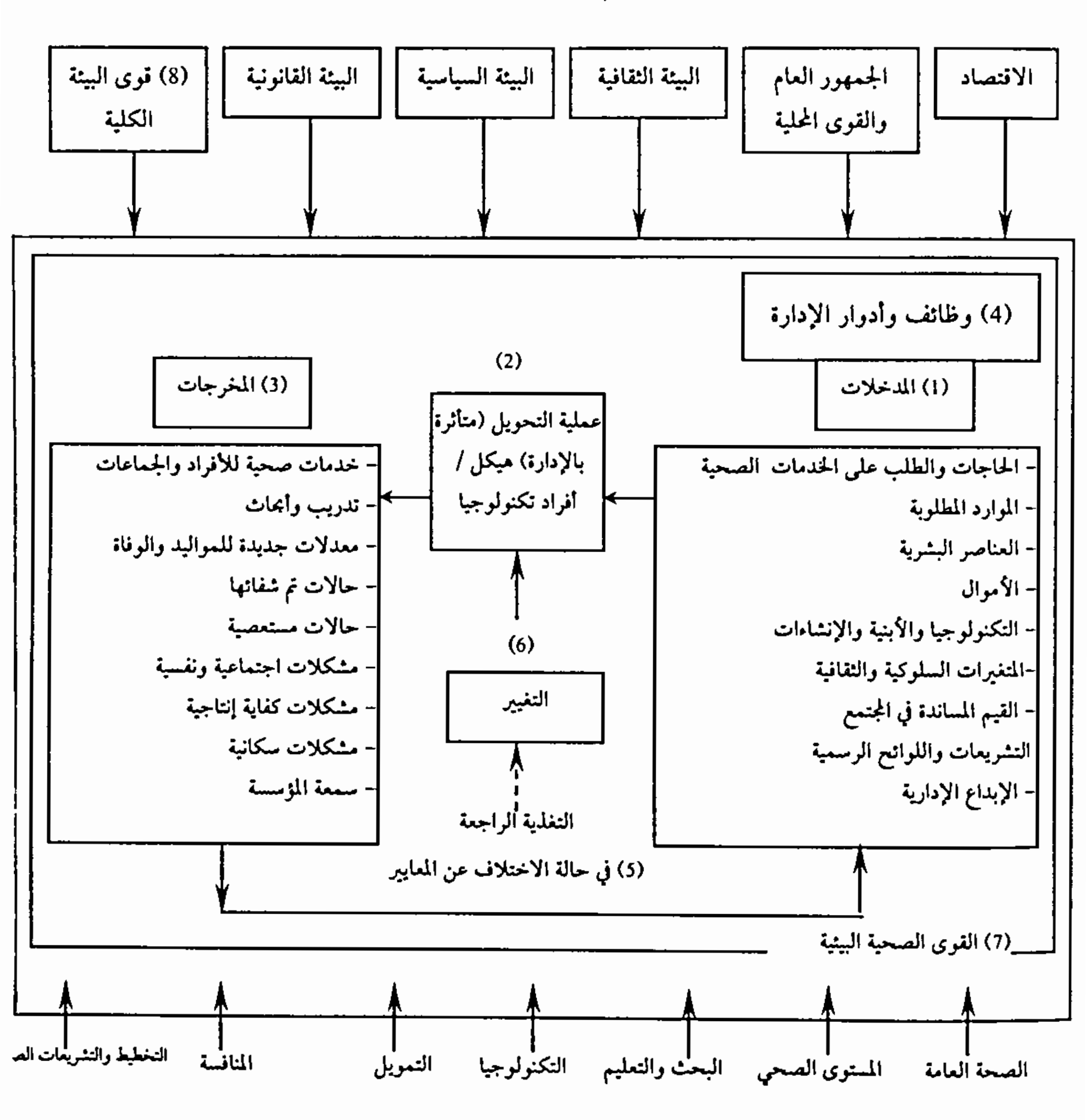
وتتألف المدخلات في نظام الإدارة الصحية من الحاجة لخدمات الرعاية الصحية والطلب عليها كما تحدده العملية الإدارية من خلال التخطيط والتحليل والتقييم،

والموارد المطلوبة لتقديم الخدمات بما في ذلك العنصر البشري والأموال والتكنولوجيا الضرورية، المتغيرات السلوكية للفرد والمجتمع والقيم والعادات والتقاليد المؤثرة على استعمالية الخدمات، القيم المجتمعية التي تؤثر على مخرجات النظام الصحي وعلى تقنيات وأساليب تمويل وتوزيع الخدمات، التشريعات واللوائح والأنظمة الموضوعة من قبل النظام السياسي والأطراف ذات العلاقة، والإيداع الإداري والتنظيمي.

وتتطلب عملية تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة تنظيم الإمكانات المتاحة (العنصر البشري، والأموال والمواد والتكنولوجيا) من خلال مجموعة من الإجراءات الرسمية وغير الرسمية لتقديم خدمات الرعاية الصحية والطبية. وتتأثر عملية التحويل عادة بدرجة فعالية وكفاءة الجهاز الإداري الذي يقوم على عملية التحويل. أما المخرجات فتتمثل بالخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات وما يرتبط بها من نتائج نهائية تنعكس على الصحة والمستوى الصحي كما يبين الشكل رقم (1).

الشكل رقم (1)

نظام الإدارة الصحية





الفصل الثاني

العملية الإدارية في المنظمة الصحية

- مقدمة
- الخصائص المميزة للمدير الصحي
- الوظائف الإدارية للمدير الصحي
- الأدوار الإدارية للمدير الصحي
- ترابط وتداخل الوظائف الإدارية
- عمومية الوظائف الإدارية



الفصل الثاني

العملية الإدارية في المنظمة الصحية

مقدمة:

لقد أصبح موضوع توفير وتقديم الرعاية الصحية لمحتاجيها وطالبيها في الآونة الأخيرة محل اهتمام وتركيز كبير من قبل الجهات ذات العلاقة بهذه الخدمات. ولم يعد هذا الاهتمام مقصوراً على الجهات المسؤولة عن تخطيط وتوفير هذه الخدمات وتقديمها بل تعداه إلى الشارع اليومي حيث أصبح هذا الموضوع محل اهتمام من قبل المواطن العادي كطالب لهذه الخدمات ومستهلك لها.

ولعل السب وراء هذا الاهتمام والتركيز المتزايد على المؤسسات الصحية التي تقدم هذه الخدمات يعود إلى ارتفاع تكلفة هذه الخدمات حالياً والاتجاه المتصاعد لهذه التكلفة من جهة ومستوى ونوعية هذه الخدمات من جهة أخرى وخاصة الخدمات العلاجية التي تقدم عن طريق المستشفيات وإذا ما علمنا بأن الخدمات الصحية بشكل عام هي ذات طبيعة خدمية تُنتج وتُقدم بواسطة الانسان أدركنا أن القسم الأعظم من هذه التكلفة والبالغ 60-70٪ من التكلفة الكلية لهذه الخدمات يذهب كأجور ومرتبات للعنصر البشري الذي يقوم على تزويد هذه الخدمات ومن هنا يأتي التركيز والاهتمام بقطاع المستشفيات كمزود رئيسي لهذه الخدمات بغرض تحسين وزيادة فعالية العملية الإدارية فيها بشكل يضمن حسن استغلال الموارد المتاحة لها وخاصة العنصر البشري العامل فيها. ولعل المشكلة الحقيقية التي تواجه المنظمات الصحية هنا هي توفر إدارة فعالة وكفؤة تستطيع بإطار من الكفاءة والفعالية وكما قال أحد المهتمين بموضوع الإدارة الصحية في وصف هذا الوضع أن المشكلة الحقيقية التي

تواجه منظمات الرعاية الصحية هي مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانات وموارد". وفي هذا الإطار يتحمل المدير الصحي مسؤولية مزدوجة هي:

1- التأكد وضمان أن المرضى الحاليين والمتوقعين يحصلون على أفضل رعاية صحية واهتمام من الموارد المتاحة للمنظمة.

2- وأن هذه الموارد المتاحة له منظمة ومستغلة ضمن إطار من الكفاءة المتحركة التي تساير التقدم التكنولوجي والعلمي الذي يشهده قطاع الخدمات الصحية وهذا بطبيعة الأمر يتطلب من المدير المعرفة والتفهم والانتباه المستمر للعناصر الأساسية للعملية الإدارية والمبادئ الإدارية المعروفة وأن يتمتع بمهارات إدارية عالية تمكنه من تحمل المسؤوليات الكبيرة الملقاة على عاتقه والقيام بالدور المطلوب منه. ومما لاشك فيه إذا ما استطاع المدراء الصحيون اخذ هذه المفاهيم في حسبانهم فإن مشاكل إدارة منظماتهم سيتم معالجتها بقدر كبير من النجاح والسؤال الذي يطرح هنا، من هو هذا المدير؟ وهل هناك علامات مميزة له؟

الخصائص المميزة للمدير الصحي:

هناك علامتان مميزتان للمدير وبدونهما لا يمن أن يكون مديراً بالمعني الحقيقي لكلمة المدير وهما:

1- امتلاكه للمهارات الإدارية التي تمكنه من القيام بواجبات منصبة الوظيفي وتحمله لمسئوليته في التنظيم. والمقصود بالمهارات الإدارية هنا الوظائف الإدارية التي يجب على المدير القيام بها وممارستها لكي يعتبر مديراً حقيقياً وهي وظائف ضرورية تمكنه من القيام بمسؤولية مركزه الإداري. وهذه الوظائف هي الوظائف الإدارية المعروفة من تخطيط وتنظيم وتوظيف وتوجيه ورقابة إذ تشكل هذه الوظائف العامل الأول المميز للمدير.

2- أما العامل الآخر أو العلامة الثانية التي تميز المدير وتجعل منه مديراً بمعنى الكلمة هي امتلاكه للسلطة والصلاحية التي تمكنه من القيام بمهام وواجبات مركزه الإداري. إذ بدون هذه السلطة والصلاحية لا يمكن أن يكون مديراً

وبغض النظر عن ما يعطي له من لقب أو تسمية وظيفية داخل التنظيم وسوف نتناول لاحقاً وبشكل موجز الوظائف الإدارية الخمسة المذكورة أعلاه وأهمية قيام المدير بهذه الوظائف بمجموعها والتي تجعل منه مديراً حقيقياً وقادراً على تحمل مسؤوليات مركزه القيادي في التنظيم.

أنواع المدراء في المؤسسة الصحية:

يصنف المدراء في المؤسسات الصحية في ثلاثة مستويات إدارية كما يلي:

1- الإدارة العليا ويضم هذا المستوى المدراء الذين يتعاملون مع قضايا تتعلق بالسياسة العليا للمنظمة وتمتد مسئوليتهم لتشمل كافة أنشطة المنظمة الصحية.

2- الإدارة الوسطى ويعرف بالمستوى الإداري والتنسيقي وتقتصر مسئوليتهم على أجزاء من المنظمة على مستوى القسم.

3- الإدارة الإشرافية ويعرف بمستوى التشغيل وتنحصر مسئوليته على مستوى الشعبة أو جماعة العمل. والمدراء الصحيون على اختلاف مواقعهم في الهيكل التنظيمي تجمعهم قواسم وصفات مشتركة كما يلي:

أ. لديهم سلطة رسمية تخولهم حق التصرف واتخاذ القرار.

ب. توجيه الآخرين بإصدار التعليمات والأوامر.

جـ. يتحملوا مسؤولية استعمال الموارد المتاحة للمؤسسة.

د. مسئولون أمام الإدارة الأعلى عن نتائج أعمالهم.

كما يختلف المدراء الصحيين فيما يتعلق بكم ونوع المهارات المطلوبة لممارسة عملهم الإداري. وجدير بالذكر أن هنالك ثلاثة أنواع من المهارات الضرورية لممارسة العمل الإداري وهي:

1- المهارات الفكرية وتزداد حاجة المدير لها كلما ارتقى مركزه الإداري في الهيكل التنظيمي.

2- المهارات الإنسانية ويحتاجها كل المدراء من أجل تحفيز وقيادة المرؤوسين والاتصال معهم.

3- المهارات الفنية ويحتاجها المدير بشكل متزايد كلما انخفض موقعه في الهيكل الإداري. ويبين الشكل رقم (2) أنواع المدراء ومدى السلطة ومجال المسؤولية والمهارات المطلوبة لممارسة العمل الإداري لكل منهم.

الشكل رقم (2)

أنواع المدراء الصحيين في منظمات الرعاية الصحية

حسب مستوى الموقع في الهيكل التنظيمي

مدى السلطة ومجال المسؤولية		نوع الإداري الصحي	مستوى الموقع في الهيكل التنظيمي
واسع		إدارة عليا / قيادية Senior	عالي
متوسط		إدارة وسطى / تنفيذية Middle	متوسط
ضيق		إدارة دنيا / إشرافية First Line	منخفض
نوع المهارات	مهارات العلاقات الإنسانية	المهارات الفكرية المهارات الفنية	

العملية الإدارية في المنظمة الصحية:

تعرف الإدارة في المنظمة الصحية بانها عملية تتضمن القيام بوظائف ذات طبيعة فنية واجتماعية وأنشطة وأدوار مرتبطة بهذه الوظائف والتي تحدث في بيئة

رسمية (منظمة)من أجل تحقيق أهداف مستقبلية محددة ومن خلال استعمال وتوظيف الموارد البشرية والمادية المتاحة، ويتضمن هذا المفهوم للإدارة ما يلي:

1- الإدارة عملية تتضمن القيام بوظائف وأنشطة ذات طبيعة مستمرة ومتفاعلة.

2- الإدارة عملية تعني تحقيق مجموعة من الأهداف المحددة.

3- تحقيق الأهداف من خلال استعمال الموارد البشرية والمادية.

4- تحدث في بيئة رسمية.

إن مجموعة الوظائف الأساسية التي تتضمنها العملية الإدارية في المؤسسة الصحية هي التخطيط واتخاذ القرار، والتنظيم والتوظيف، والتوجيه والرقابة وتمثل هذه الوظائف التسلسل المنطقي لهذه الوظائف إضافة إلى ذلك هنالك أنشطة أخرى هامة للعملية الإدارية مثل إحداث التكامل والتنسيق بين الوظائف والأنشطة المذكورة والأدوار التي يقوم بها الإداريون عند ممارستهم للعملية الإدارية. وجدير بالذكر أن هذه الوظائف يقوم بها كل المدراء الصحيين في التنظيم بغض النظر عن موقعهم في الهيكل التنظيمي.

الوظائف الإدارية في المنظمة الصحية:

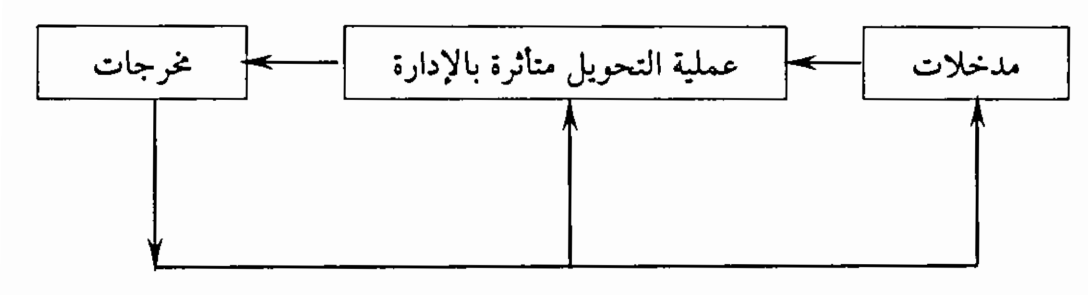
إن المتبع لكتب الإدارة وللتراث الإداري لا يكاد يجد اتفاقاً على هذه الوظائف من حيث عددها وتسمياتها فهنالك قوائم كثيرة وعديدة وضعت من قبل الكثير من كتاب الإدارة والمشتغلين بها. إلا أنه وبغض النظر عن هذه التسميات المختلفة وعدد هذه الوظائف فإن ما يهمنا هنا أن الوظائف الإدارية التي يمارسها المدراء عند إدارة منظماتهم وعند القيام بها جميعاً تشكل العلامة الأولى المميزة للمدير.

ولأغراض إدارة منظمات الرعاية الصحية فإن الوظيفة الإدارية هي عملية يجب النظر إليها بجانبيها الإنساني والفني والتي من خلالها يتم إنجاز أهداف المنظمة الصحية المرسومة باستخدام الموارد البشرية والمادية والتكنولوجية المتاحة. وهذه العملية يمكن النظر إليها كعلاقة بين المدخلات والمخرجات والتي يتم فيها تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة بما يحقق الأهداف المرسومة كما يبين الشكل رقم (3) ولضمان

سلامة عملية تحويل الموارد المتاحة إلى المخرجات المرغوبة وبما يحقق الأهداف المرسومة بإطار من الفعالية والكفاءة فلابد للمدير الصحي من القيام بمجموعة من الوظائف الإدارية من تخطيط وتنظيم وتوظيف وتوجيه ورقابة.

التغذية الراجعة

الشكل رقم (3) عملية الإدارة الصحية



التخطيط:

تعتبر وظيفة التخطيط الوظيفة الأساسية والأولى التي يقوم بها المدير وهي الوظيفة التي تحدد وبشكل مسبق ما يجب عمله والتي تضع الأساس لعملية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي. وتتألف هذه الوظيفة من تحديد الأهداف ووضع السياسات والإجراءات وأساليب تنفيذ أنشطة التنظيم. وبذلك فإن وظيفة التخطيط ذات طبيعة فنية وتأتي قبل غيرها من الوظائف الإدارية الأخرى وحتى بعد أن يضع المدير خططه الأولية وينتقل لممارسة الوظائف الأخرى فإنه يستمر في وظيفة التخطيط وذلك بمراجعة وتنقيح الخطة واختيار البديل الأفضل حسبما يستجد من ظروف جديدة وبهذا فإن وظيفة التخطيط لا تنتهي بمجرد انتقال المدير للقيام بوظيفة إدارية أخرى.

أهمية التخطيط في منظمات الرعاية الصحية:

تعتبر وظيفة التخطيط من أكثر الوظائف أهمية في المنظمات الصحية وذلك للأسباب التالية:

1- تركيز الانتباه على الأهداف فالتخطيط الجيد يضع أهدافاً معقولة للتنظيم ويطور مداخل وسبل وبدائل لتحقيق هذه الأهداف وبذلك يزودنا التخطيط بوسائل لتنسيق وتوجيه أنشطة وفعاليات المشاركين في التنظيم باتجاه أهداف مشتركة. فالتخطيط هو الوظيفة التي تمكن التنظيمات من تقرير الاتجاه الذي ستسير فيه ومن ثم توفير الإمكانيات والوسائل وتوجيهها إلى الغايات المرسومة لها.

2- لتقليل عنصر المخاطرة وعدم التأكد: إن مفهوم خدمات الرعاية الصحية ووسائل تقديم هذه الخدمات هي في تغير مستمر وهذا التغيير في المفاهيم والوسائل يتطلب من جانب المنظمات الصحية أن تكون على وعي وتفهم لهذه التغييرات والاتجاهات الجديدة وأن تتمتع بقدر من المرونة والقدرة على التطور والتأقلم مع ما يستجد من مفاهيم ووسائل جديدة. وهذا يتطلب من المدير الصحي النظر إلى المستقبل ومحاولة رؤية هذه المتغيرات للتخطيط لها لتقليل المخاطر والمفاجآت.

3- لاحتواء التكلفة وتحقيق اقتصاديات التشغيل: إن التخطيط الجيد يساعد المنظمة الصحية على احتواء تكلفة خدماتها ويمكنها من استثمار ما يتاح لها من موارد في إطار من الكفاءة والفعالية. فسلامة عملية التخطيط تضمن توجيه كافة أنشطة التنظيم نحو غايات وأهداف ونتائج مرسومة سلفاً ومرغوبة وبذلك يتجنب التنظيم المداخل العشوائية وغير المدروسة في تنفيذ الأنشطة. فالتخطيط المسبق لما يجب عمله وكيف وبواسطة من وأين ومتى يمكن المنظمة من بلوغ أهدافها المرسومة بشكل كفؤ وفعال وبهذا فإن التخطيط هو أداة فعالة بيد المدير لخفض تكلفة إنجاز الأنشطة وتحقيق اقتصاديات التشغيل لكافة أنشطة التنظيم.

4- لتسهيل عملية الرقابة: تتضمن عملية الرقابة مقارنة النتائج الفعلية من النتائج المرغوبة والمحددة سلفاً من خلال وظيفة التخطيط. ووظيفة التخطيط هي التي تزودنا بالمعلومات والبيانات اللازمة لوضع وتحديد المقاييس والمعايير التي تستخدم لمقارنة النتائج الفعلية معها.

التنظيم:

يعرف التنظيم بتجميع العناصر البشرية والمادية المتاحة ضمن وحدات ودوائر تنظيمية يمكن توجيهها باتجاه تحقيق أهداف التنظيم. فبعد أن يتم وضع الأهداف من خلال وظيفة التخطيط فإن اهتمام المدير الصحي ينصب على تطوير التنظيم القادر على تنفيذ هذه الخطط بما يحقق الأهداف المرسومة. فعندما يقوم المدير بوظيفة التنظيم فهو يحدد الأنشطة المختلفة التي يجب القيام بها ويجمع هذه الأنشطة في مجموعات متميزة على شكل دوائر، أقسام، فرق عمل أو أية وحدات تنظيمية أخرى. وبعد ذلك يقسم عمل هذه المجموعات إلى مهام وواجبات فردية ويعرف ويوضح العلاقات بين هذه الأعمال المختلفة والمتعددة:

وبمعنى آخر فإن وظيفة التنظيم تتألف من:

1- تصميم الهيكل التنظيمي الذي يبين كافة المراكز الوظيفية التي تحتاجها المنظمة لتنفيذ أنشطتها وتحديد الواجبات الوظيفية لهذه المراكز.

2- تحديد خطوط السلطة والمسؤولية والعلاقات بين المرؤوسين بشكل واضح.

3- تفويض مقدار من السلطة لعناصر التنظيم لكي يتمكنوا من القيام بواجباتهم ومسؤولياتهم.

التوظيف:

وتعني مسؤولية المدير عن حشد واستخدام الموظفين الجدد المؤهلين لملء المراكز الوظيفية المتعددة والمختلفة في التنظيم. وهذه الوظيفة لا تقتصر على الاختيار والانتقاء بل تشمل كذلك تدريب هؤلاء وتنمية قدراتهم وكفاءاتهم كما تشمل الترقية وتقييم الأداء وتوفير الفرص لتنميتهم وتطويرهم بالإضافة إلى ذلك تتضمن هذه الوظيفية وضع نظام مناسب للأجور والمرتبات.

التوجيه:

بعد أن يتم وضع الخطط وتكوين التنظيم القادر على تنفيذ هذه الخطط بما يحقق الأهداف المرسومة فإن الوظيفة الإدارية التالية هي توجيه الجهود وحفز العاملين لتنفيذ الخطط، وتتضمن هذه الوظيفة:

- حفز المرؤوسين لتحقيق الأهداف المرسومة لوظائفهم.
- توجيه وإرشاد المرؤوسين.
- الإشراف على تنفيذ الأنشطة.

فلا يكفي للمدير أن يخطط وينظم ويوظف بل يجب عليه حفز مرؤوسيه وإعطائهم التوجيهات والأوامر والتعليمات والإشراف عليهم وإرشادهم عند تنفيذ واجباتهم وبهذا يمكن القول بأن وظيفة التوجيه هي الوظيفة التي تدور حولها كافة أنشطة التنفيذ وهي جوهر كافة عمليات التشغيل وتتضمن كذلك معنويات العاملين وإشباع احتياجاتهم وإنتاجيتهم وقيادتهم، كما تتضمن الاتصالات بين أعضاء التنظيم، ومن خلال وظيفة التوجيه يسعى المدير لخلق المناخ المناسب لتحقيق رغبات واحتياجات العاملين وتحقيق أهداف المنظمة الصحية.

الرقابة:

وتتضمن الأنشطة الضرورية للتأكد من أن الأعمال تسير كما هو مخطط لها وأن الأهداف المرسومة قد تم إنجازها. وبمعنى آخر فإن الرقابة تعني تحديد فيما إذا كانت الخطط الموضوعة قد نفذت وفيما إذا تم تحقيق الأهداف المرسومة وما هي الإجراءات التصحيحية المطلوب اتخاذها في حالة الانحراف والتقصير وتتألف هذه الوظيفة من ثلاثة خطوات:

1- وضع المقاييس والمعايير.
2- قياس الإنجازات ومقارنة النتائج الفعلية مع المقاييس والمعايير
3- تصحيح الانحرافات عن المعايير.

- وهنا لابد من الإشارة إلى أن الرقابة لا تتضمن فقط اتخاذ الإجراء التصحيح في حالة عدم إنجاز الأهداف، بل كذلك مراجعة وتنقيح الخطط والأهداف المرسومة إذا تطلبت الضرورة ذلك.

ترابط وتداخل الوظائف الإدارية:

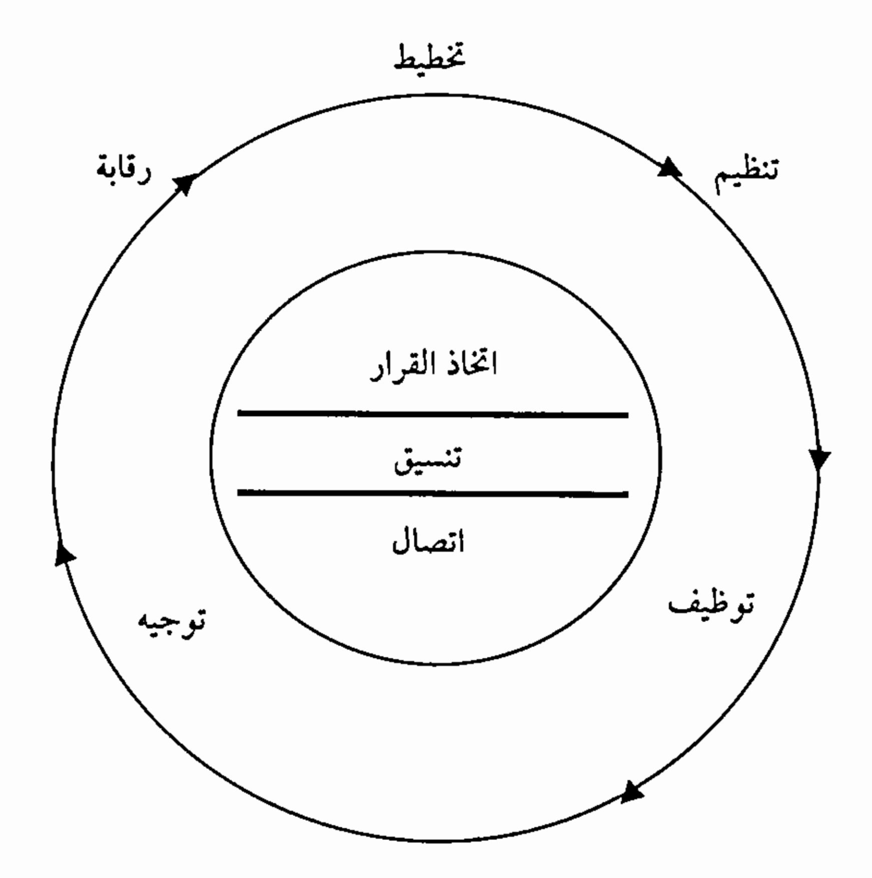
إن الوظائف الإدارية الخمسة المذكورة سابقاً تتداخل مع بعضها فكل منها يصب في الأخرى وتؤثر فيها، وحصيلة كل منها تشكل مدخلات للوظيفة اللاحقة.

ولذلك فمن المفيد النظر إلى هذه الوظائف كدائرة إدارية متصلة (الشكل رقم 4) أي أنه لا يوجد خط فاصل بينها بحيث يبين أين تنتهي إحداها لتبدأ الأخرى وهذا فليس باستطاعة المدير أن يحدد مقداراً من الوقت كل يوم لقيامه بواحدة أو أكثر من هذه الوظائف فالوقت والجهد المصروف على كل منها سوف يختلف حسب الظروف وحسب موقع المدير في الهرم الإداري. ولكن ما من شك بأن وظيفة التخطيط يجب أن تأتي في البداية فبدون الخطط لا يستطيع المدير أن ينظم ويوظف ويوجه ويراقب.

ومن المهم الإعادة هنا بأن هذه الوظائف وفي الممارسة اليومية للمدير هي غير قابلة للفصل فكل منها يصب في الأخرى ويؤثر في إنجاز الأخرى ومخرجات إحداها يشكل مدخلات للوظيفة اللاحقة ولذلك فمن الضروري النظر إلى هذه الوظائف كعناصر تشكل نظاماً متكاملاً.

الشكل رقم (4)

ترابط الوظائف الإدارية



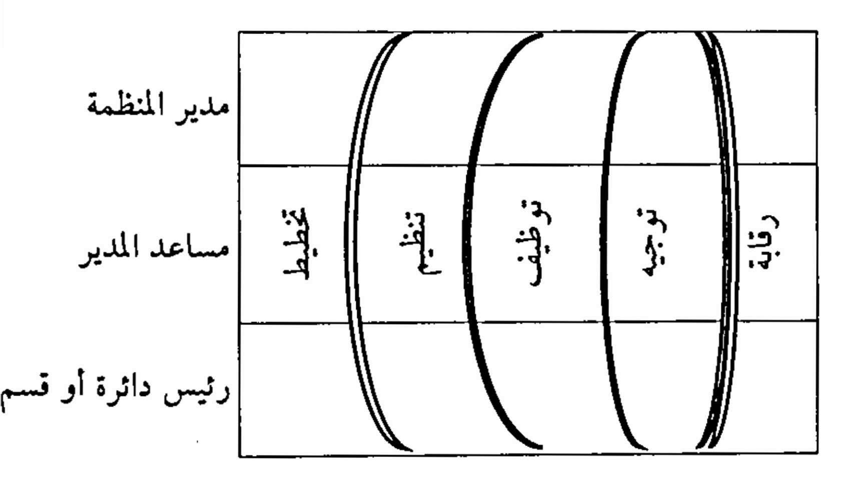
عمومية الوظائف الإدارية:

إن المقصود بعمومية الوظائف الإدارية هنا كونها عامة لكافة المدراء بغض النظر عن المراكز الوظيفية التي يشغلونها داخل التنظيم الواحد وفي التنظيمات المختلفة. فكل مدير لابد له من القيام بهذه الوظائف الإدارية بمجموعها لكي يكون مديراً. وكذلك الأمر داخل التنظيم الواحد فسواء كان المدير مديراً عاماً للمنظمة أو رئيساً لقسم أو شعبة فكل منهم يمارس هذه الوظائف الخمسة إلا أن الوقت والجهد الذي يصرفه كل منهم على هذه الوظائف يختلف حسب موقعه في السلم الإداري للتنظيم.

فنجد مثلاً أن مدير المنظمة الصحية يصرف وقتاً وجهداً أكبر على وظيفة التخطيط والتنظيم ووقت وجهد أقل على وظيفة التوظيف والتوجيه والرقابة والعكس صحيح لرئيس قسم ما في المنظمة.

شكل رقم (5)

مقدار الوقت المصروف لكل وظيفة



الأدوار التي يقوم بها المدير الصحي:

يقوم المدراء الصحيون بعدد من الأدوار بعضها متضمن في الوظائف الإدارية والبعض الآخر يعتبر إضافة إلى الأنشطة والوظائف التي يقوم بها المدير الصحي ويمكن وضع هذه الأدوار في ثلاث مجموعات رئيسية:

1) أدوار تتعلق بالعلاقات بين الأشخاص Interpersonal roles:

أ. الرئاسة الرمزية Figurehead ويتمثل هذا الدور عندما يقوم المدير بأدوار احتفالية ورمزية (مثل قص الشريط في احتفال ما، استقبال وفد، تراس حفلة تكريم... الخ).

ب. ضابط الارتباط Liaison ويقوم بما يلي:

- التنسيق بين الدوائر المختلفة في المنظمة.

- الاتصالات مع المنظمات الأخرى والمدراء الصحيين الآخرين (بشكل رسمي او غير رسمي).
- الاتصال مع المنظمات المهنية (مثل النقابات وغيرها).

ج. دور القائد Leader ويقوم بما يلي:

- حفز وقيادة المرؤوسين .
- التأثير على سلوكيات المرؤوسين وتغييرها إيجابياً بصفته القدوة لهم.

2) دور صانع القرارات Decision maker ويشمل الأدوار التالية:

أ. عراب أو مهندس التغيير Change agent حيث يقوم بالتخطيط لإدخال التغييرات للتنظيم.

ب. حلال المشاكل Disturbance handler يقوم بحل الخلافات والصراع بين العناصر العاملة في التنظيم.

ج. موزع الموارد والإمكانات Resource allocator توزيع الموارد المالية والبشرية والمادية بين الأقسام والدوائر.

د. المفاوض ويشمل ذلك التفاوض مع الأقسام ومراكز القوى عند توزيع الإمكانات والموارد، والتفاوض عند حل المشاكل والصراعات، والتفاوض مع الدوائر والأقسام عند إدخال التغييرات.

3) دور مصدر أو مركز المعلومات Information role ويتضمن الأدوار التالية:

أ. الرقيب Monitor بحكم اتصالاتهم داخل وخارج التنظيم يصبح المدراء عادة مصدر المعلومات في التنظيم.

ب. ناشر المعلومات Disseminator عن طريق ما يلي:

- شبكة الاتصالات داخل التنظيم.
- اتصالاته الخارجية بحكم كونه ضابط الارتباط والمنسق الخارجي.
- نظام المعلومات الرئيسي بالتنظيم.

1- إن المنظمة الصحية هيئة رسمية تنتج فيها المخرجات (تحقيق الأهداف) من خلال استخدام وتوظيف (عمليات التحويل) للمدخلات (الموارد).
2- إن المدراء في المنظمة الصحية هم العامل المساعد الذي يحول المدخلات إلى المخرجات المرغوبة من خلال ممارسة العلمية الإدارية. وتتم هذه العملية ضمن السياق الثقافي للمنظمة والذي يتضمن قيم ومبادئ مشتركة تنبع من الفلسفة التي أنشأت من أجلها المنظمة الصحية ابتداءً. كما تتأثر العملية الإدارية بالتدخلات والضغوط التي يمارسها أصحاب المصالح من مرضى وشركات تأمين وصناديق الضمان الاجتماعي كجهات دافعة لكلفة الخدمات الصحية.
3- يتفاعل المدراء في المنظمة الصحية ويتأثروا بالبيئة الخارجية، والتي تتكون من قوى ومؤثرات متعددة.
4- تعتمد المنظمة الصحية على البيئة الخارجية للحصول على المدخلات المطلوبة كما يتم ضخ المخرجات في البيئة الخارجية وتؤثر فيها إيجاباً أو سلباً.

عناصر النموذج الإداري للمنظمة الصحية:

1- المدخلات

يبين محتوي المدخلات كما يظهر في الشكل رقم (7) بأن المدخلات تكتسب وتستخدم من أجل إنتاج المخرجات المرغوبة. وإن الأهداف يتم إنجازها من خلال العاملين. وتتضمن هذه المدخلات (موارد الطاقة البشرية، المواد، التكنولوجيا، الأجهزة الطبية والمعدات، المعلومات، رأس المال، والمرضى...).

وتتضمن موارد الطاقة البشرية في المنظمات الصحية المدراء، الأطباء، الصيادلة، المرضات، الفنيين، العاملين في الخدمات الاجتماعية، الموظفين في الأقسام الإدارية، عمال التدبير المنزلي، مهندسي الصيانة، ...

وتتضمن المواد والتكنولوجيا المعدات، الأدوية، أفلام الأشعة، الطعام، الشراشف، الأدوات والمعدات التكنولوجية كأجهزة التصوير المغناطيسي والتصوير

الطبقي المحوري، والأجهزة الفوق صوتية، وأجهزة جراحة القلب المفتوح، وأجهزة الجراحة الدقيقة ...).

إن المعلومات التي يحتاجها المدير لإتخاذ القرارات تشمل معلومات داخلية عن المرضى، والتقارير اليومية للأنشطة، والبرامج، والموازنات العامة، والخطط العملياتية والاستراتيجية) ومعلومات خارجية مثل التشريعات الحكومية، السياسة الصحية للدولة، آراء المستثمرين والمستفيدين، المعلومات الاقتصادية، الخطط المستقبلية).

والبيئة المباشرة للمنظمة الصحية هي النظام الصحي الكلي الذي تعمل ضمنه المنظمة الصحية كنظام صحي فرعي، ويتضمن كذلك الرقابة الحكومية، والبيئة التنافسية، وشركات التأمين الصحي والقوانين والتشريعات الصحية وغيرها

وتتضمن المصادر المالية المنشآت المالية كالمصارف والمخصصات المالية. ويعتبر المرضى المادة الخام التي يراد تحويلها إلى مجموعة من الأصحاء حيث تقدم لهم الرعاية الصحية للوقاية من المرض وحفظ الصحة من العجز والتردي.

إن هذه الموارد ضرورية جداً للمنظمة الصحية من أجل ضمان عمل المؤسسة الصحية واستمراريتها، وإن الضعف في أي من هذه المدخلات قد يعرض فعالية المنظمة الصحية إلى الخطر، فارتفاع أسعار المواد الطبية مثلاً سوف يؤثر على المخرجات بازدياد تكلفة الرعاية الصحية، كما أن الأجهزة الطبية غير الفعالة سوف تؤثر على نوعية الرعاية الصحية أيضاً، وعدم توفر القوى العاملة في بعض المجالات سوف تحرم المرضى من الاستفادة من بعض الخدمات الصحية.

2- المخرجات:

يظهر محتوى المخرجات في النموذج الإداري الشكل رقم (7) نتائج الأداء للأفراد وللمنظمة الصحية، والتي تنتج عن عملية التحويل. والمخرجات في المؤسسة الصحية يمكن أن تكون على مستويين، نتائج أداء الأفراد ونتائج أداء المنظمة الصحية ككل. فإذا كانت النتائج على كلا المستويين ملائمة ومرغوب فيها وتؤدي إلى تحقيق الأهداف، تستمر المنظمة الصحية بالعطاء وتضمن بقائها. وتتضمن أهداف المنظمة رعاية المرضى، وخدمة مستهلكي الرعاية الصحية، وجودة الرعاية الصحية، وتقديم

الرعاية الصحية بأسعار مقبولة وتكاليف معقولة، والنمو والاستمرار ومتانة المركز المالي، وتلبية حاجات ومطالب أصحاب المصالح (المستثمرين في قطاع الصحة والمجتمع) والمشاركة في التعليم الطبي والتدريب والأبحاث الطبية والصحية، والمحافظة على السمعة الجيدة للمنظمة.

ويقوم مجلس الإدارة (او مجلس الأمناء) بوضع الإطار العام لتحديد أهداف المنظمة الصحية. ويقوم مدراء الإدارات الوسطى والوظيفية بوضع الأهداف الفرعية والتي تنبثق عن الأهداف الرئيسية للمنظمة الصحية. وجدير بالذكر أن الأهداف المتعددة للمنظمة تختلف في أهميتها. وتتغير مع الوقت ومع التغيير المستمر في المنظمة الصحية والذي يعتبر من متطلبات بقائها واستمرارها.

وتبقى الرعاية الطبية المتميزة الهدف الرئيسي والمهم، وأما الأهداف الأخرى فتختلف باختلاف المنظمة الصحية وتعتمد على نوعية المنظمة الصحية. فأهداف المستشفى التعليم يمثلاً تختلف عن أهداف المستشفى العام أو الخيري أو الخاص، والمنظمة الصحية والوقائية تختلف أهدافها عن المنظمة العلاجية أو التخصصية، كما تختلف الأهداف حسب المستوى الذي تعمل فيه المنظمة فمنظمات الرعاية الصحية الأولية تختلف في أهدافها عن منظمات الرعاية الصحية التخصصية.

3- عملية التحويل والتكامل **Conversion / Integration**:

إن عملية تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة هي نشاط إداري داخلي أي يحدث في بيئة المنظمة الرسمية وذات طبيعة فكرية ومنطقية لتحقيق التكامل والمدمج بين الموارد المتعددة المتاحة للمنظمة حيث تتأثر عملية إحداث التكامل والمدمج بالإبداع والقدرات الإدارية للمدراء. وتتألف عناصر التحويل والتكامل من الهيكل التنظيمي والتكنولوجيا والمهام المراد إنجازها والعنصر البشري. وتحدث عملية التحويل عندما يقوم المدراء بإحداث التكامل والدمج بين هذه العناصر الأربعة. وبما يحقق أهداف ومصالح المنظمة والعاملين فيها وأهداف ذوي المصالح في البيئة الخارجية إضافة إلى أهداف المجتمع.

4- التغيير والتحسين المستمر Change and Continuous improvement:

عند قيام المدراء بالعملية الإدارية بما فيها من وظائف وأدوار إدارية يتم ربط عناصر التحويل وإحداث التكامل بينها بما يحقق المهام والأهداف المحددة. فعند ممارسة وظيفة التخطيط تتحدد الأهداف الفردية وأهداف المنظمة والأعمال المحددة لتحقيقها. وهذا يمكن الإدارة من معرفة كم ونوع الموارد المطلوبة لتحقيقها والعمل على الحصول على هذه الموارد. وكذلك عندما يقوم المدراء بوظيفة التنظيم فإنهم يحددوا العلاقات بين الهيكل والتكنولوجيا والمهام والعناصر البشرية ويقومون بتوظيف وتدريب العناصر البشرية وتحديد علاقات السلطة والمسؤولية ونظام الاتصالات، وعند ممارسة التوجيه يبدأ تنفيذ المهام والأنشطة ويتم قيادة كافة الجهود والأنشطة وتوجيهها نحو تحقيق الأهداف المحددة. وعند ممارسة الوظيفة الرقابية يقوم المدراء برقابة الأداء الفردي والتنظيمي ومقارنته مع المعايير (الأهداف) المحددة لتحديد فيما إذا كانت الأهداف قد تحققت أم لا. كما يقوم المدراء بالتغيير من خلال التغذية الراجعة عند عدم مطابقة النتائج مع الأهداف. وينصب التغيير على عملية التحويل أو على المدخلات أو كليهما. وحتى عند تحقيق الأهداف فإن فلسفة التحسين المستمر في الخدمات الصحية تتطلب الاستمرار في تقويم أنشطة وعمليات المنظمة الصحية لضمان التحسين المستمر للنتائج ولعملية التحويل وللمدخلات.

5- البيئة الخارجية External Environment:

تعتبر المنظمة الصحية نظام اجتماعي مفتوح، والمنظمات الصحية تعمل ضمن البيئة الخارجية الكلية. والتي تتألف من البيئة العامة Macro Environment وبيئة الصناعة الصحية Task Environment.

تتأثر المنظمات الصحية بالبيئة الخارجية حيث تزودها بالمدخلات المطلوبة وتؤثر في بيئتها الخارجية حيث تصب مخرجاتها فيها.

ويمكن للمدراء أن يؤثروا ويغيروا في البيئة الخارجية وذلك بالاتصال الفعال وعمل الاتفاقيات مع الممولين والمنتفعين وشركات التامين، وكذلك عمل المبادرات

وممارسة الضغط للتأثير على الحالة الصحية والسياسة العامة والأوضاع الاقتصادية العامة.

6- البيئة الكلية (Macro Environment):

وتتكون من النظم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والأخلاقية / والقانونية والسياسية والبيئة العامة (مثل المستثمرون والمستفيدون Stakeholders والجماعات المهنية والأعلام والنقابات) وكلها بمجموعها تؤثر على النظام الصحي، فمثلاً النظام السياسي والاقتصادي يؤثر على النظام الصحي، وعلى الأنظمة الفرعية المتعددة ومنها المنظمة الصحية.

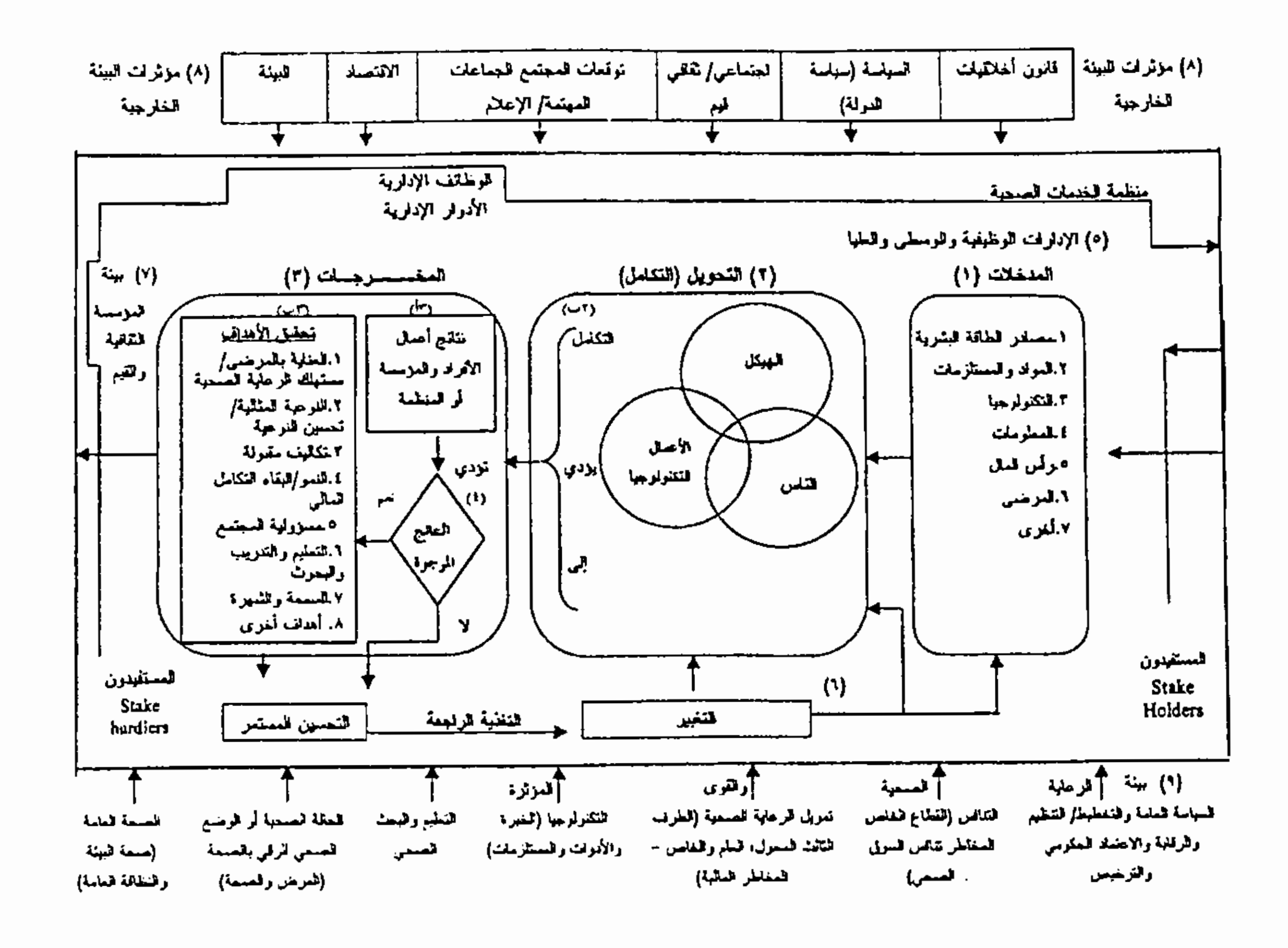
7- بيئة الرعاية الصحية Health Care Environment:

وتعتبر من أكثر البيئات أهمية وتأثيراً مباشراً على المنظمة الصحية. فالقوى والمؤثرات العديدة العاملة في القطاع الصحي تؤثر على المنظمة الصحية وعلى المدراء وعلى كيفية إدارتهم لمنظماتهم ومن القوى الهامة المؤثرة في بيئة الرعاية الصحية التنظيمات النقابية والمهنية للأطباء والممرضات والصيادلة وجمعيات المستشفيات والمنتفعين بخدمات المنظمة كالمرضى ومؤسسات الأعمال وشركات التأمين الصحي وصناديق الضمان والحكومات ومؤسسات المجتمع المدني والمحلي وهيئات الترخيص الطبي والمهني وهيئات اعتماد المنظمات الصحية والمنافسين وهيئات الترخيص الطبي، والتنافس بين المنظمات الصحية الأخرى، وعدد ومهارات الممارسين الطبيين والصحيين ومصادر التمويل العامة والخاصة للرعاية الصحية، ومؤسسات تطوير التكنولوجيا والأدوات الطبية والمواد واللوازم. ومن المؤثرات الأخرى البيئية التعليم الطبي والصحي، والحالة الصحية، ومعدل انتشار الأمراض، ووسائل الرقي بالصحة، والوعي الصحي، ومستوى الصحة العامة وصحة البيئة والنظافة العامة والتلوث والحوادث وغيرها.

فالمعطيات والظروف التي يعمل المدير الصحي فيها ومن خلالها صعبة ومعقدة تتصف بدرجة عالية من النزاع والصراع والتوقعات العالية للمرض والعاملين والممولين والمتعاملين مع المنظمة الصحية والجهات التشريعية والقانونية إضافة إلى التغيير السريع في الصناعة الصحية وما يتطلبه من استجابات وتغيير وتطوير وفي المقابل ندرة الموارد المتاحة لهذه المنظمات للقيام بالأعباء والمسئوليات الكبيرة والمعقدة الملقاة على عاتقها. ويبقى الإبداع والتميز الإداري للمدراء الصحيين الأساس للتغلب على هذه التحديات والصعاب.

شكل رقم (7)

النموذج الإداري لمنظمات الرعاية الصحية



الفصل الثالث

نظام خدمات الرعاية الصحية

- مقدمة
- تعريف النظام الصحي
- مكونات النظام الصحي
- وظائف النظام الصحي
- خدمات النظام الصحي
- العناصر المكونة للرعاية الصحية
- مستويات الرعاية الطبية
- أركان جودة الرعاية الطبية

الفصل الثالث

نظام خدمات الرعاية الصحية

مقدمة:

تولي الدول الحديثة أهمية فائقة لموضوع الصحة والرعاية الصحية لمواطنيها. وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة لعنصرين أساسيين ظهرا في المجتمعات الحديثة:

1- اعتراف الدول الحديثة بالصحة وخدمات الرعاية الصحية كحق أساسي لكل مواطن وتبنيها لذلك عملياً حيث نصت على ذلك الحق صراحة في دساتيرها كالتزام سياسي أمام مواطنيها. ومما يذكر أن هذا الاعتراف بالصحة كحق لكافة المواطنين ومحاولة توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وبشكل عادل ومتوازن هو نتيجة للاتجاه الفكري والحضاري الذي يقول ويؤكد على أن توفير خدمات الرعاية الصحية وضمان الوصول لها والانتفاع بها من قبل كافة الأفراد في المجتمع هو حق أساسي لكل مواطن كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية. وقد ترافق هذا مع ظهور الدور الاجتماعي للدولة الحديثة كدولة خدمات ورفاه اجتماعي.

2- رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاه العام للمجتمع. فهنالك علاقة وترابط قوي بين صحة الفرد وصحة المجتمع حيث يعتمدان على بعضهما البعض ويؤثر كل منهما في الآخر. إضافة إلى العلاقة القوية بين التنمية الصحية والتنمية الشاملة. فتمتع الفرد بصحة جيدة يزيد من إنتاجيته وبالتالي مقدار مساهمته في تحقيق أهداف التنمية الشاملة بينما يؤدي المستوى الصحي المتدني للفرد والمجتمع إلى عرقلة الجهود المبذولة في هذا السبيل. وكنتيجة لما تقدم أدركت الدول الحديثة أهمية التنمية الصحية كمتطلب سابق

وأساسي لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية المنشودة وأدرجت موضوع التنمية الصحية ضمن خططها التنموية الشاملة كأحد الأهداف الأساسية والأكثر أهمية لمثل هذه التنمية الشاملة.

وتختلف الأنظمة الصحية التي تطورها وتتبناها المجتمعات المختلفة لتحقيق التنمية الصحية باختلاف نظمها وبيئاتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية كما تتأثر بالقيم والمعتقدات المجتمعية والدينية السائدة وبالموارد والإمكانات المتوفرة والمتاحة لها في هذا المجال حيث تتفاعل مع بعضها وتؤثر على تحديد المعالم الكلية للنظام الصحي بما في ذلك السياسات والبرامج الصحية المعتمدة لتحقيق الأهداف الصحية، والفلسفة التي تقوم عليها عملية تخطيط وتوفير وتقديم الخدمات إضافة إلى أسلوب إدارة النظام الصحي وتركيبته التنظيمية وطرق تمويله. ورغم اختلاف الأنظمة الصحية من مجتمع لآخر كما أسلفنا إلا أنها تلتقي جميعاً على هدف صيانة صحة الفرد والمجتمع وترقيته باستمرار كهدف نهائي لها. ولتحقيق ذلك تطور أنظمتها الصحية الخاصة بها والتي تنسجم مع نظمها السياسية والاقتصادية والاجتماعية ومع تراثها الثقافي والحضاري ومع إمكاناتها المتاحة.

تعريف النظام الصحي:

"يعرف النظام بمجموعة من العناصر المترابطة والتي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما". وبهذا المفهوم يمكن تعريف النظام لصحي "بمجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من لاتصالات والتي تعمل معاً لتحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى ستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار".

مكونات النظام الصحي Components of the Health System:

يتكون النظام الصحي شأنه شأن أي نظام اجتماعي من أربعة مكونات أساسية شكل كل منها نظاماً فرعياً ضمن النظام الصحي الكلي كما يلي:

1- **نظام الإنتاج Production** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية والطبية للأفراد والجماعات والمجتمع ككل وتشمل خدمات الصحة العامة وخدمات الصحة الشخصية وسنأتي على تفصيل ذلك عند الحديث عن خدمات النظام الصحي.

2- **نظام الصيانة Maintenance**: وإدامة النظام الصحي ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام إعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين في النظام الصحي للقيام بالأدوار المحددة لهم. ومكافآتهم على ما يقومون به من أدوار وتمويل أنشطة النظام الصحي الكلي.

3- **نظام التكيف Adaptive** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على رصد ومتابعة التغيير الحاصل في النظام الاجتماعي الكلي كالتغيير في أنماط انتشار المرض Morbidity وتكنولوجيا العلاج وطرق تمويل الخدمات الصحية وطرق إنتاج وتقديم الخدمات. وتوقعات وحاجات المتعاملين مع النظام الصحي والعمل على الاستجابة لهذه التغييرات وتبنيها في عمليات النظام وجدير بالذكر أن كثيراً من المنظمات الصحية لم تطور نظم تكيفية لتقييم هذه التغييرات والتكيف معها.

4- **نظام الإدارة** ويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام تنسيق وضبط وتوجيه أنشطة المنظمات التي تنطوي تحت الأنظمة الفرعية الثلاث السابق ذكرها.

وجدير بالذكر أن درجة نضج وتطور هذه الأنظمة الفرعية الأربعة ووجودها يختلف من مجتمع لآخر بل من منظمة صحية إلى أخرى حيث يمكن التعرف عليها بسهولة في بعض المنظمات كما أنها في البعض الآخر لا تزال في المرحلة الجينية من التطور كما أن بعضها غير موجود في الكثير من المنظمات الصحية. وعلى افتراض وجودها في المنظمات الصحية فإن هذه الأنظمة الفرعية الأربعة يجب أن تكون مترابطة ومتعاضدة إلا أن العلاقة بين هذه الأنظمة في عالم الواقع يعتبر مشكلة كما هو الحال بالنسبة لدرجة تطورها فرغم احتفاظ كل منها بهويته واستقلاليته نسبياً فإن العلاقات التفاعلية والتبادلية بينها تتصف بالضعف وقد لا تستجيب بالسرعة المطلوبة للتغييرات وهذا أكثر ما يكون وضوحاً بين نظام الإنتاج ممثلاً بالأطباء والمهنيين

الصحيين وإدارة المنظمة الصحية حيث نجد أن نظام الإنتاج يضبط ذاته وينظم نفسه حسب النشاطات والمتطلبات الفنية له. والنظام الإداري ممثلاً بالمدراء الصحيين على علاقة ملموسة مع نظام إنتاج الخدمات حيث يؤثر عليه ويقيد حركته ويحد من تأثيره وهيمنته على إنتاج الخدمات الصحية بما يحقق مصلحة النظام الكلي للمنظمة الصحية ويحقق توازنها، وفي أحياناً كثيرة نجد أن العلاقة التفاعلية بينهما يشوبها التوتر والنزاع والضعف مما ينعكس سلباً على النظام الكلي.

ويحدد البعض المكونات الأساسية للنظام الصحي بخمسة عناصر كما يلي:

1- إنتاج الموارد الصحية.

2- تنظيم البرامج الصحية.

3- آليات الدعم الاقتصادي.

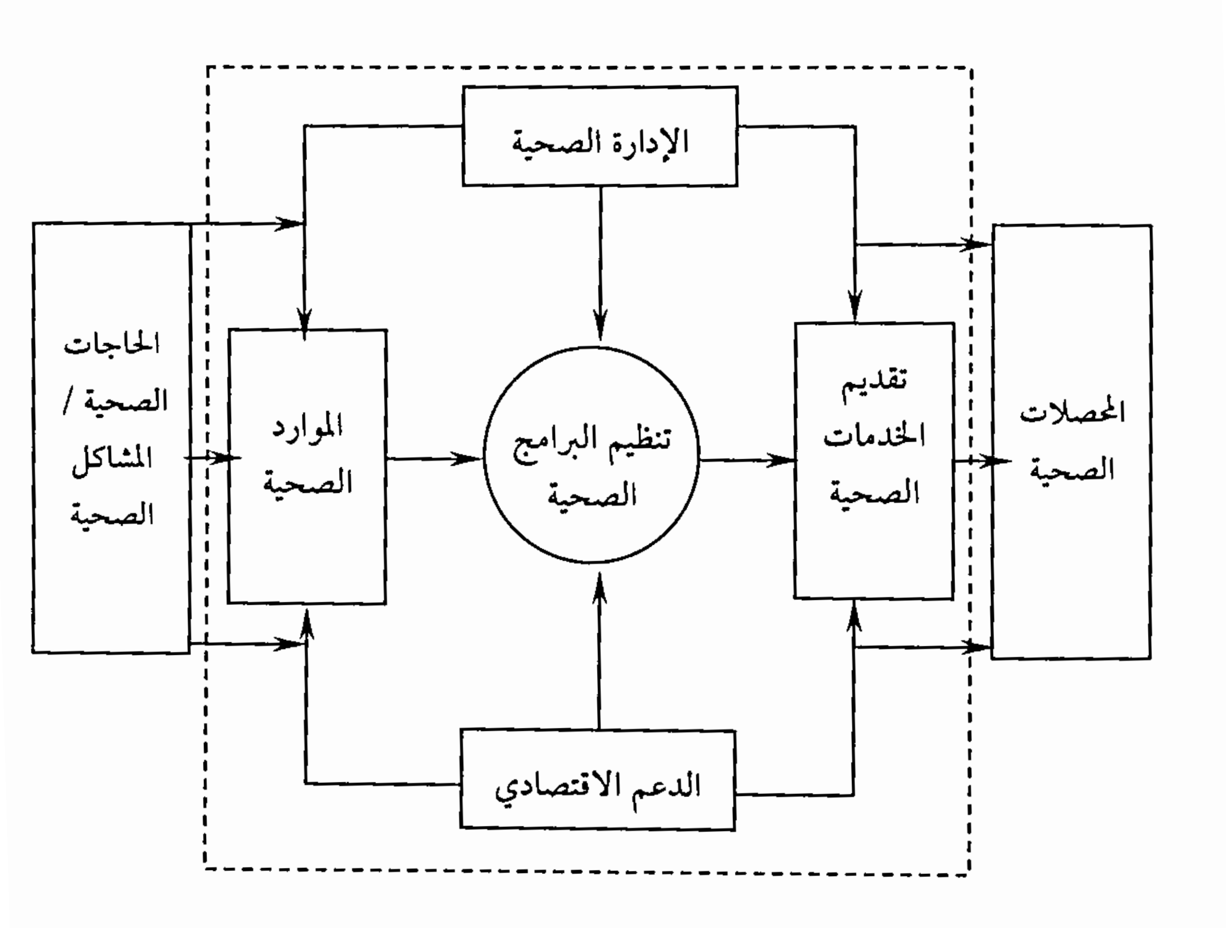
4- الإدارة الصحية.

5- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية.

ويمكن توضيح العلاقات ما بين هذه المكونات الخمسة في الشكل رقم (8) وإن المكونات المذكورة تنقسم إلى عناصر تختلف باختلاف النظام الاقتصادي والسياسي من بلد لآخر وأن مكونات النظام الصحي وتفصيله يمكن توضيحها في الشكل رقم (9).

شكل رقم (8)

نموذج النظام الصحي الوطني وتظهر مكوناته وعلاقاته مع الوضع الصحي

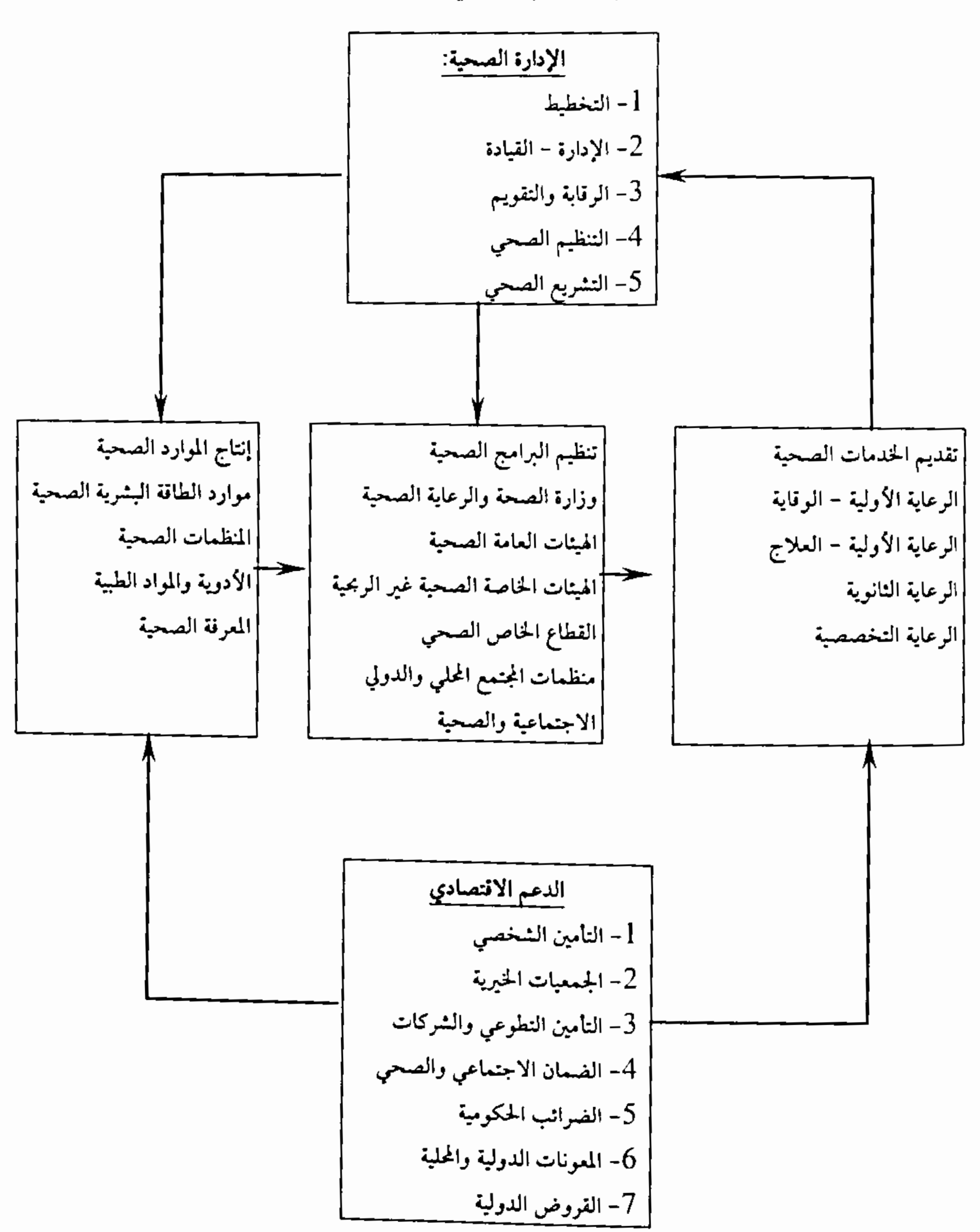


1- إنتاج الموارد الصحية:

لكل نظام صحي موارد صحية من كل الأنـواع، فلابـد أن يكـون لديـه مـوارد طاقة بشرية صحية متطورة، ومنظمات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية. ولابد أن يكون لدى لنظام الصحي أدوية ومعدات وأجـهزة طبيـة ومـواد لرعايـة المرضـى، ويجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام كـالبحوث الصحيـة مـن أجـل تحقيق أهداف علاجية ووقائية وأكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا، وهذه تختلـف عن الدعم المالي الذي يعتبر كمادة قابلة للتغير والتحول إلى موارد ومنظمـات وأدويـة ومعدات، وإن موارد الطاقة البشرية يمكن تدريبها أو جلبها عـن طريـق الاستخدام. وكذلك المواد الطبية والأدوية والمعدات الطبية يمكن صناعتها أو اسـتيرادها كمـا هـو الحال في البلاد النامية، وإن المعرفة الصحية يمكن الحصول عليها عن طريـق البحـوث والدراسات الاستقصائية وبحوث النظم الصحية وغيرها من الدراسات.

شكل رقم (9)

مكونات النظام الصحي الوطني ووظائفه وتداخلاته



2- تنظيم البرامج الصحية:

وتقوم بـها وزارات الصحـة الوطنيـة وكذلـك الـوزارات والهيئـات الحكوميـة الأخرى كوزارات الدفاع والهيئات العسكرية وبرامج الضمان الاجتماعي والمنظمـات الخيرية والتطوعية، وكذلك النقابات واتحادات العمال والقطاع الخاص.

3- الدعم الاقتصادي:

إن مصادر التمويـل الصحـي تتضمـن المصـادر العامـة كـالضرائب والجمـارك وبرامج التأمين الصحي الحكومي والعسكري وموظفي الشـركات ونشـاطات المجتمـع المحلي التي لا تهدف إلى الربح والمساعدات والمنح والهبات الخارجية الحكومية والخيرية والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

4- الإدارة الصحية للنظام الصحي:

تلعـب الإدارة الصحيـة دوراً حيويـاً وهامـاً في إدارة النظـام الصحـي وتقــوم بالتخطيط الاستراتيجي وتقويم البرامج الصحية وتدريب طلاب الطب والمهن الطبيـة الأخرى والقيام بالبحوث الصحية وقيادة النظام الصحي ووضع معايير الرقابـة علـى الأداء وتحسن مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي وتنظيم الظـروف البيئيـة وترخيص واعتماد المهن الطبية والمؤسســات لصحيـة وإصـدار التشـريعات الصحيـة وتنظيم القوى الصحية العاملة وتقويم الجودة وتحسينها.

5- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية:

إن النقطة النهائية التي يسعى إليها النظام الصحي هـو تقديـم خدمـات صحيـة على المستويات الثلاث الأولية والثانوية والتخصصية لتلبية الحاجات الصحية والقيـام بعملية تعزيز الصحة وما يترتب عليها مــن نشـاطات فرديـة وجماعيـة للحفـاظ علـى الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلباً على الصحة.

وظائف النظام الصحي وخدماته:

إن الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع وذلك على ضوء ما يتوافر له من إمكانيات وموارد. ولتحقيق هذا الهدف لابد للنظام الصحي من القيام بوظيفتين رئيستين هما:

1- ضمان تقديم خدمات طبية نوعية Quality medical services للأفراد وضمان توفرها في أماكن تواجدهم حيثما أمكن ذلك وبشكل تكون معه هذه الخدمات ميسورة وفي متناول طالبيها ومحتاجيها دون أية عوائق تحد من الوصول إليها. ومما يجدر ذكره أن هذه الخدمات العلاجية تشكل من وجهة نظر الفرد المستهلك لها الأولوية الأولى بالنسبة لاحتياجاته الصحية وغالباً ما يحكم الأفراد على كفاءة النظام الصحي الكلي ونجاحه من خلال قدرته على توفير خدمات طبية نوعية.

2- أما الوظيفة الثانية للنظام الصحي فهي التركيز على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع. وعلى المستوى الفردي تقوم وحدات تقديم الخدمات العلاجية بهذه المهمة من خلال ما تقدمه من خدمات الرعاية الطبية للأفراد والمجموعات التي تفد إلى هذه المؤسسات طلباً للخدمة الصحية. إلا أن أثر هذه الخدمات ودورها في تحقيق هذا الهدف يبقى هامشياً ومحدوداً حيث يقتصر دورها على الأغلب على تشخيص ومعالجة المرض قبل استفحاله لأولئك الذين يفدون إلى هذه الوحدات الصحية طلباً للخدمة الصحية. أما على المستوى الجماعي فإن مسؤولية تحقيق هذا الهدف تقع على عاتق مؤسسات خدمات الرعاية الصحية الأخرى كمؤسسات خدمات الصحة العامة وصحة البيئة وخدمات ترقية الصحة حيث يجري تصميم وتخطيط وتقديم هذه الخدمات والتي لها مساس بصحة المجتمع ككل من خلال البرامج الصحية الموجهة نحو خدمة المجتمع.

خدمات النظام الصحي:

لتمكين النظام من القيام بهاتين الوظيفتين وتحقيق الهدف المرسوم له لابد من ضمان توفير وتقديم مجموعتين رئيستين من الخدمات الصحية تشكلان معًا النظام الصحي الكلي كما يبين الشكل رقم (10) وكما يلي:

1- خدمات وبرامج الصحة العامة الموجهة نحو خدمة المجتمع ككل أو مجموعات محددة من السكان وتشمل ما يلي:

1-1 خدمات الارتقاء بالصحة Health Promotion وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن، وممارسة الرياضة البدنية أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الفرد non-medical factors كما تشمل خدمات التثقيف الصحي وأهمية الصحة الشخصية للفرد personal hygieneوصحة البيئة المنزلية.

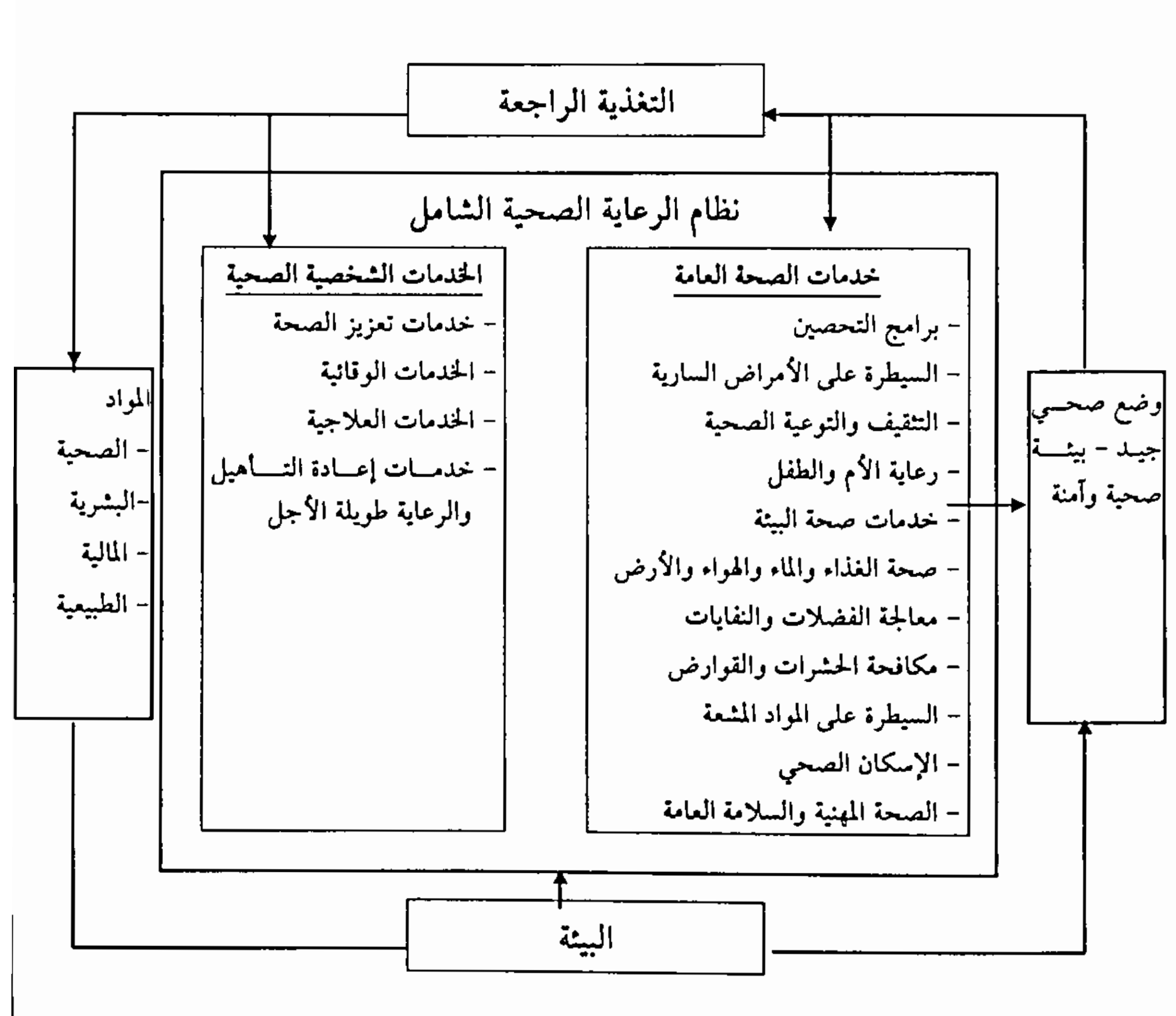
1-2 خدمات الصحة العامة Public health Services وتهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات وتشمل الخدمات التالية:

* السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها.
* عزل الحالات المصابة بالأمراض وعلاجها.
* خدمات رعاية الأم والطفل.
* الإحصاءات الحيوية والصحية.
* تقييم وتنمية الموارد المتاحة.
* الأبحاث العلمية في المجال الصحي

1-3 خدمات صحة البيئة Environmental health services وترتبط هذه الخدمات عادة بخدمات الصحة العامة المذكورة أعلاه وهي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد وتهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة وقضايا الإسكان والمسكن الصحي. وتشمل هذه الخدمات ما يلي:

الشكل رقم (10)

خدمات نظام الرعاية لصحية الشامل



* توفير الماء الصالح للشرب والطرق السليمة لاستعماله وتخزينه.
* التخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة.
* صحة الحليب والمأكولات.
* توفير المسكن الصحي المناسب.
* الاهتمام بالصحة المهنية وأمور السلامة العامة والتفتيش على المرافق الصحية العامة.
* مكافحة الحشرات والقوارض.
* السيطرة على المواد المشعة الخطرة.

وتركز خدمات وبرامج الصحة العامة على صحة المجتمع ككل بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والمحافظة على أعلى مستوى صحي ممكن. ولتحقيق هذا الهدف فقد ركزت خدمات الصحة العامة وبشكل تقليدي على الطرق التالية لحماية أفراد المجتمع من الأمراض المعدية والسيطرة عليها وهذه الطرق:

* حملات التطعيم الموجهة للمجتمع لتحصين أفراده ضد الأمراض السارية والمعدية.
* خدمات صحة البيئة المذكورة أنفاً.
* عزل الحالات المرضية المصابة بالأمراض السارية والمعدية لمنع انتشارها.
* المعالجة الجماعية بالمواد الكيماوية Mass Chemotherapy.

وجدير بالذكر أن هذه الخدمات قد أثبتت فعالية كبيرة ونجاحات باهرة في الدول المتقدمة في رفع المستوى الصحي العام حيث نتجت هذه الخدمات عن سيطرة كاملة على الأمراض السارية، وإنقاص معدلات الوفيات، وزيادة متوسط عمر الفرد. فعلى سبيل المثال زاد متوسط العمر المتوقع في أمريكا من (26-59) عام في الفترة من 1930 - 1950 إلا أن هذه التاجات المباشرة لخدمات الصحة العامة في الدول المتقدمة بالإضافة إلى عوامل أخرى عديدة قد أنتجت بنفس الوقت تغيراً واضحاً في نمط حدوث الأمراض حيث استبدلت الأمراض السارية والمعدية بأمراض جديدة ذات طبيعة مزمنة وغير معدية ولا تزال أسباب حدوثها غير معروفة كأمراض القلب والسرطان والسكري

والروماتيزم وغيرها من الأمراض ذات الطبيعة المزمنة والتي تنتج عن درجات متفاوتة من الانحرافات الجسدية والعقلية والاجتماعية عن المعايير المقبولة.

والحقيقة التي لابد من ذكرها هنا أن خدمات الصحة العامة والتي كانت فعالة الى حد كبير في الوقاية من الأمراض السارية والسيطرة عليها ليست فعالة في الوقاية من الأمراض المزمنة المذكورة ولا في السيطرة عليها. والمدخل الفعال الوحيد للسيطرة على هذه الأمراض المزمنة هي من خلال توفير خدمات الرعاية الطبية الجيدة للأفراد حسب احتياجاتهم لحمايتهم من هذه الأمراض من خلال الوسائل والطرق التي تركز عليها هذه الخدمات والتي سنأتي على ذكرها عند الحديث عن خدمات الصحة الشخصية.,وهذا لا يعني بطبيعة الأمر أن الحاجة لخدمات الصحة العامة لم تعد قائمة. حيث تستمر الدول المتقدمة المحافظة على مستوى معين من هذه الخدمات لإكمال الإنخفاض المستمر في حدوث هذه الأمراض ولمنع ظهورها. أما في الدول النامية والتي لا زالت في مرحلة انتقالية من التطور فإن الأمر يختلف حيث لازالت تعاني من الكثير من الأمراض السارية والمعدية إضافة إلى الكثير من المشاكل التي تعود إلى عدم توفر الخدمات الجيدة في مجال الصحة العامة وصحة البيئة. فلازالت الحاجة ماسة فيها لاستثمار مقدار كبير من مواردها في مجال خدمات الصحة العامة وصحة البيئة. كما أنها تحتاج بنفس الوقت إلى استثمار أكبر لمواجهة الموجه الجديدة من الأمراض المزمنة والتي تؤثر بشكل كبير على الصحة الفردية والمجتمعية وبالتالي على المستوى لصحي العام للمجتمع كما تعكسه معدلات حدوث الأمراض وانتشارها وتدني متوسط عمر الفرد فيها. حيث تحتاج الدول النامية إلى إيجاد التوازن الفعال بين الاستثمار في خدمات الصحة العامة بما في ذلك صحة البيئة والاستثمار في خدمات الرعاية الطبية وإعادة النظر في إنفاقها العام على الخدمات الصحية على ضوء الأولويات والمشاكل الصحية التي تعاني منها.

2- خدمات الرعاية الطبية Medical care services وتشير إلى الخدمات الصحية الشخصية Personal health services التي تقدم للفرد فيما يتعلق بصحته والمحافظة عليها حيث تركز خدمات الرعاية الطبية على صحة الفرد على عكس

خدمات الصحة العامة والتي تركز على صحة المجتمع ككل. وهذه الخدمات لا تقتصر بمفهومها على رعاية المرضى الذين تظهر عليهم الأعراض المرضية أو ما يعرف بخدمات التشخيص والعلاج بل تشمل المدى الكامل من الخدمات الصحية الشخصية ابتداءً من خدمات ترقية الصحة، والوقاية من الأمراض، والكشف المبكر عنها، وتشخيصها وعلاجها، وانتهاء بخدمات إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني للمرضى. فلم يعد المفهوم التقليدي لخدمات الرعاية الطبية مقبولاً وسائداً كخدمات للتشخيص والعلاج. وقد ناقشت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (1959) مفهوم الرعاية الطبية وعرفتها على ضوء المفهوم الحديث لها. وقد تبلور النقاش على أن الرعاية الطبية يجب أن لا تتوقف فقط على تطبيق الإجراءات اللازمة لشفاء المرضى من خلال العلاج الطبي وخدمات التأهيل بل يجب أن تشمل أيضاً بعض الإجراءات المحددة والتي تهدف إلى ترقية الصحة ووقايتها من المرض والاكتشاف المبكر لأعراض المرض. وقد خرجت اللجنة بالتعريف التالي للرعاية الطبية:

"الرعاية الطبية هي برنامج للخدمات والتي يجب عليها أن توفر للأفراد كافة منشآت العلوم الطبية والعلوم الطبية المساندة الضرورية لتحسين وصيانة الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية وكذلك توفير العلاج للمجتمع. ويجب أن يأخذ البرنامج في الاعتبار المحيط المادي والاجتماعي والأسري مع مراعاة تخفيف العجز".

وجدير بالذكر أن مفهوم الرعاية الطبية وباتفاق المعنيين يجب أن تشتمل على كافة الخدمات الصحية الشخصية التي تتعلق بصحة الفرد من خدمات وقائية وخدمات التشخيص والعلاج وخدمات التأهيل التي يقدمها أطباء الصحة وأطباء الأسنان والمرضات وغيرهم من المهنيين الصحيين الآخرين العاملين في الميدان الصحي. وعلى ذلك فإن خدمات الرعاية الطبية تتضمن المدى الكامل من خدمات الصحة الشخصية ابتداءً بالخدمات الوقائية وانتهاء بخدمات التأهيل كما أنها تقوم على مركب من العلاقات الشخصية والترتيبات التنظيمية التي يتم بواسطتها توفير الخدمات الصحية ذات الطبيعة الشخصية للأفراد. حيث تنتج وتمول وتقدم هذه الخدمات من خلال جهود وأنشطة مجموعات مختلفة من المهنيين العاملين في ميادين متعددة. لذلك فإن مفهوم الرعاية الطبية

يشمل كذلك المزيج الكلي من العلاقات الشخصية والجهود والترتيبات المنظمة التي من خلالها يتم توفير وتقديم هذه الخدمات للمجتمع.

ويتضح مما تقدم بأن مفهوم الرعاية الطبية أوسع بكثير من مفهوم رعاية المرضى كما يختلف عنه من حيث مجال التركيز والاهتمام فبينما تركز رعاية المرضى على المريض فقط فإن الرعاية الطبية تركز على المريض وغير المريض. كما أنها تشمل مدى واسعاً وكاملاً من الخدمات الصحية الشخصية. وفيما يلي نقدم عرضاً موجزاً لهذه الخدمات وهي:

- خدمات الارتقاء بالصحة.
- الخدمات الوقائية.
- الخدمات العلاجية.
- خدمات إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل.

1- خدمات الارتقاء بالصحة:

تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية والسلوك الصحي السليم للفرد كالامتناع عن العادات الضارة بالصحة كالتدخين وتناول المشروبات الكحولية والمخدرات والقيادة الخطرة للمركبات وتشكل هذه الخدمات جزء هاماً من الخدمات الوقائية. وجدير بالذكر أن مواقف الفرد وسلوكياته في هذا المجال تتأثر بالبيئة الثقافية المكتسبة من خلال العائلة والمدرسة والمجتمع. كما تتأثر إلى حد بعيد بوسائل الإعلام الجماهيري التي يمكنها الإسهام إلى حد كبير في بناء السلوك الصحي الإيجابي لدى الفرد وزيادة وعيه الصحي عن طريق برامج التثقيف الصحي الهادفة إلى الارتقاء بصحة الفرد والمجتمع.

2- الخدمات الوقائية:

ويمكن تصنف هذه الخدمات بثلاث مستويات:

أ- خدمات الوقاية الأولية primary Preventive وهي خدمات محددة ومباشرة يجري تخطيطها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين والنمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم الجماعية أو الموجهة لمجموعات محددة من السكان. وتدخل خدمات حفظ الصحة المشار إليها ضمن هذا المستوى كجزء من خدمات الوقاية الأولية.

ب- خدمات الوقاية الثانوية Secondary Preventive وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها والتي تقوم به المستشفيات والمراكز الطبية كما تشمل خدمات المسح الصحي الشامل أو المسوحات الصحية المختارة لعينة من المواطنين والفحوصات الطبية السنوية لبعض الفئات السكانية الذين لديهم قابلية للإصابة بأمراض معينة.

ج- الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة Tertiary Preventive وهي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى، وضحايا الحوادث اجتماعياً ومهنياً لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما.

3- الخدمات العلاجية:

تقسم هذه الخدمات (التشخيص والمعالجة) إلى قسمين:

أ- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الخارجيين outpatients وتقوم المستشفيات الحديثة بدور كبير في هذا المجال من خلال العيادات الخارجية التي تديرها المستشفيات ومن خلال المراكز والمستوصفات الطبية المرتبطة بها.

ب- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين inpatients.

كما ويمكن تصنيف هذه الخدمات بمستويات ثلاثة هي:

أ- خدمات الرعاية الأولية والتي يجري تقديمها عن طريق الأطباء العامون والمراكز الطبية الملحقة بالمستشفيات والعيادات الخارجية وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى حيث يجري بعد ذلك تحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات رعاية من مستوى اعلى.

ب- خدمات الدرجة الثانية secondary care وهي خدمات متوسطة أو ما يعرف بخدمات الأخصائيين ويجري تقديمها من خلال العيادات الخارجية أو العيادة الداخلية في المستشفى.

ج- خدمات الدرجة الثالثة Tertiary care وهي خدمات غاية في التخصص والتطور ويجري تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة وعادةً ما يتم توفير مثل هذه الخدمات على أساس إقليمي أو وطني نظراً لكون هذه الخدمات تطلب من قبل فئة قليلة من المواطنين، إضافة إلى تكلفتها العالية بالقياس مع خدمات المستوى الأول والثاني.

4- خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل:

وتشمل هذه الخدمات خدمات الرعاية الطبية وإعادة التأهيل للمرضى ومصابي الحوادث حيث تتطلب عملية إعادة تأهيلهم لممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما فترة زمنية طويلة. ويجري تقديم هذه الخدمات من خلال مراكز التأهيل المتخصصة ووحدات الرعاية الطويلة الأجل الملحقة بالمستشفيات.

إن هذه المكونات الأربعة (الخدمات الصحية الشخصية) بالإضافة إلى خدمات الارتقاء بالصحة وخدمات الصحة العامة وصحة البيئة تشكل بمجملها النظام الصحي الكلي والتي لابد من تكاملها وتنسيقها لضمان تقديم خدمات صحية شاملة ومتصلة وبما يحقق هدف النظام الصحي الكلي Comprehensive health services in a continuum ويتطلب ذلك التكامل والتنسيق بين الخدمات الصحية الشخصية والخدمات الصحية الموجهة نحو خدمة المجتمع.

العناصر المكونة للرعاية الطبية:

تقوم خدمات الرعاية الطبية كما أسلفنا على مركب من العلاقات الشخصية والتنظيمية والتي من خلالها يجري تقديم هذه الخدمات للأفراد. حيث يتم إنتاجها وتمويلها وتقديمها من خلال مجهودات وأنشطة أطراف متعددة. وهو ما يعرف بمركب

الرعاية الطبية. وهنالك خمسة عناصر أساسية مكونة لمركب الرعاية الطبية في أي نظام للخدمات الصحية وفي أي مجتمع وهذه العناصر هي:

1- **العنصر الشخصي** ويمثل كافة الأفراد والجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو الذين يتوقع ان يستخدموا هذه الخدمات عند حاجتهم لها. ولضمان فعالية ونجاح البرنامج الصحي وقدرته على سد الاحتياجات الحالية والمستقبلية للأفراد والجماعات المشمولين بخدماته لابد من التعرف على خصائص المنتفعين بالبرنامج مثل العدد الكلي للسكان وأماكن تواجدهم والخصائص الديموغرافية المميزة لهم من حيث التوزيع العمري، والجنس ومعدلات حدوث الأمراض والوفيات ومعدلات النمو، ومستويات التعليم ومعدل دخل الفرد أو الأسرة وأنماط العمالة والاستخدام (نوع المهن ومعدلات البطالة)، ونمط الإسكان (المسكن، الازدحام، ومدى توفر البيئة المنزلية الصحية، حيث ترتبط جميع هذه العوامل بالمستوى الصحي الفردي والمجتمعي وتؤثر عليه بشكل مباشر، إن أهمية التعرف على هذه العوامل لا تحتاج إلى التأكيد حيث لا يمكن تخطيط خدمات البرنامج وتقدير كم ونوع الإمكانات المطلوبة وتقييم مدى فعاليته وكفاءته في تحقيق الأهداف المرسوم له دون التعرف على هذه المعلومات الأساسية وأخذها في الاعتبار.

2- **العنصر المهني** ويمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية بما في ذلك المهن الصحية المساندة. فلم تعد الخدمة الصحية تقوم على علاقة ثنائية مباشرة بين الطبيب والمريض بل أصبحت عملية تنظيمية تقوم على مجهودات وأنشطة مجموعة متعددة الاختصاصات ومن ميادين معرفية مختلفة مثل الأطباء والمرضات والصيادلة والمدراء الصحيين وأخصائيي التغذية والخدمات الاجتماعية والفنيين والمهنيين الصحيين والإداريين وغيرهم من المهن المساندة في المجال الصحي. حيث أدى التقدم في العلوم الطبية وفي التكنولوجيا الطبية وما نتج عنه من اتجاه نحو التخصص إلى تعقيد عملية تقديم الرعاية الطبية وتوزيع مسؤوليتها بين مجموعة متعددة من المهنيين والفنيين وهو ما يعرف بفريق الرعاية الطبية Health care team.

3- **العنصر الاجتماعي أو المؤسسي** ويشمل كافة المؤسسات الصحية العامة منها والخاصة والتي تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الطبية. ويمكن تقسيم هذه المؤسسات الصحية إلى قسمين:

أ- مؤسسات خدمات المرضى الداخليين Inpatient facilities وتشمل المستشفيات العامة والمتخصصة وبيوت التمريض ومراكز التأهيل وأية مؤسسات صحية تقدم خدماتها للمرضى الداخليين.

ب- مؤسسات خدمات المرضى الخارجيين outpatient facilities وتشمل عيادات الطب العام وعيادات المستشفيات وغرف الطوارئ كما تشمل خدمات المختبرات وبنوك الدم والأشعة والعلاج الطبيعي، وخدمات الأسنان وغيرها من الخدمات التي تقدم على أساس خارجي outpatient basis.

وتعتبر المستشفيات العامة لما يتوفر لها من إمكانات فنية وتكنولوجية وبشرية ضخمة ومتخصصة من أهم المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الطبية. كما تعتبر الأولى من حيث تكلفة الإنشاء والتجهيز والتشغيل مما يترتب عليها القيام بدور هام في مجال تقديم خدمات الرعاية الطبية بمفهومها الواسع والصحيح وعدم اقتصار دورها على تقديم خدمات التشخيص والعلاج كما سيتضح ذلك لاحقاً عند الحديث عن دور المستشفي العام ووظائفه في الفصل الرابع باعتباره النموذج التنظيمي الأكثر شيوعاً وقدرة على تقديم رعاية صحية شاملة بالمقارنة مع المؤسسات الصحية الأخرى للنظام الصحي.

4- **العنصر التنظيمي** ويشمل مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية الصحية بالكم والكيف الصحيح وضمان الوصول لها والانتفاع بها من قبل الفرد في المكان والزمان الصحيح وحسب حاجته لها Availability and accessibility of services ويتطلب ذلك:

أ- تحديد مستويات الرعاية الطبية وتوضيح العلاقة بينها وتنسيق أنشطتها.

ب- نظام تحويل فعال بين مستويات الرعاية المختلفة لضمان استمرارية الرعاية وفعاليتها.

جـ- نظام جيد للتسجيل الصحي لتنظيم عملية استخدام الخدمة في المكان والزمان الصحيح وحسب الحاجة.

د- تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي Regionalization لضمان عدالة توزيع الإمكانات والموارد بين المناطق المختلفة ولضمان التكامل والتنسيق بينها ولمنع ازدواجية الاستثمار فيها.

هـ- نظام قومي شامل للتأمين الصحي يشمل كافة المواطنين أو الطبقات الأقل حظاً من الناحية الاقتصادية لضمان الوصول للخدمة الصحية والانتفاع بها.

و- نظام تقويم ورقابة فعال لضمان تقديم خدمات جيدة وبأقل كلفة ممكنة.

5- **الإدارة:** إن مركب الرعاية الطبية وما يتصف به من تعقيد لتعدد العناصر المشاركة فيه والمتعاونة معه ويشمل ذلك الأفراد المستهلكين للخدمة، والإطار التنظيمي او المؤسسي الذي يجمع المستهلكين والمزودين معاً، والحاجة الماسة إلى تنظيم وتنسيق هذه الأنشطة المتعددة التي تقوم على مدخل الفريق في تقديم هذه الخدمات، يتطلب توفير أطر إدارية مؤهلة على درجة عالية من الفعالية والكفاءة للقيام بالوظائف الإدارية المعروفة للعملية الإدارية من تخطيط وتنظيم وتنسيق وتقويم ورقابة وتأخذ في اعتبارها خصوصية ميدان الممارسة هنا والذي يتميز عن غيره من القطاعات الخدمية والإنتاجية وتعود أهمية الإدارة في مجال خدمات الرعاية الطبية إلى عدة عوامل من أهمها:

أ- الطبيعة المعقدة والمركبة للرعاية الطبية الحديثة وما تقوم عليه من مدخل الفريق المتعدد الاختصاصات، وتعدد المؤسسات الصحية التي تنظم عملية تقدم الخدمة وما يتطلبه ذلك من تنسيق فعال لهذا المركب الاجتماعي والمهني والتنظيمي.

ب- ندرة ومحدودية الموارد المتاحة وارتفاع كلفتها وما يتطلبه ذلك من عقلانية ومنطقية القرارات المتعلقة بتخصيص هذه الموارد حسب الأولويات الصحية

ومراعـاة التـوازن والعدالـة في توزيعـها وكفـاءة اسـتخدامها لتحقيـق الأهــداف المرسومة للنظام الصحي بأقل كلفة ممكنة.

مستويات الرعاية الطبية:

يختلف تنظيم خدمات الرعاية الطبية الـتي يوفرهـا النظـام الصحـي تبعـاً لمـدى الخدمات المقدمـة ودرجـة تعقيدهـا Scope & complexity والمدخـل المحـدد للفـرد للدخول للنظام الصحي عند حاجته للخدمة First contact ونظام تحويل المرضى مـن مستوى إلى آخر داخل النظام الصحي. إلا أن هنالك أربعة مستويات أساسية للرعايـة الطبية في أي برنامج منظم وجيد للرعاية الطبية وهي:

1- خدمات الرعاية الأولية primary care:

ويتم تقديـم هـذه الخدمـات في الغـالب بواسـطة الأطبـاء العـاملين General practitioners في المراكز الصحية والمستوصفات والعيـادات وتشـكل هـذه الخدمـات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى الذيـن يطلبـون الخدمة حيث يقوم الطبيب العـام بتقييـم الحـالات المرضيـة وعلاجـها بـالقدر الـذي ينسجم مع معارفه ومهاراته ومع التشريعات واللوائح التي تبين حدود ممارسـته ومـن ثم يقوم بتحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات رعايـة مـن مسـتوى أعلـى إلى المستوى الذي يليه ويعتبر الطبيـب العـام مسـؤولاً عـن تنسـيق عمليـة معالجـة هـذه الحالات مع مستوى الرعاية الأعلـى. ويعتـبر هـذا المسـتوى علـى درجـة كبـيرة مـن الأهمية نظراً لان الغالبية العظمى من الحـالات المرضيـة في هـذا المسـتوى لا تتطلـب خدمات الأطباء الأخصائيين وبالتالي يمكن تقليـل تدفـق المرضـى وتخفيـف الازدحـام على العيادات التخصصية في المستوى الثاني.

وجدير بالذكر إن الطبيب العام ليس بـالضرورة الشـخص الوحيـد الـذي يمكنـه تقديـم خدمـات الرعايـة الأوليـة بـل يمكـن لمسـاعدي الأطبـاء أو المسـاعدين الطبيـين medical assistants والمرضات تقديم مثل هذه الخدمات بكفـاءة عاليـة بعـد تلقيـهم التدريب المناسب في هذا الشأن كما هو الحال في أمريكا وغيرها من الدول حيـث تقـوم

المرضات الممارسات ومساعدي الأطباء بأداء أعمال طبية جيدة في منظمات صيانة الصحة HMOs وفي المناطق الريفية إضافة إلى كون هؤلاء بديلاً أقل تكلفة من الأطباء.

2- خدمات الرعاية الثانوية Secondary care:

وهي خدمات متوسطة أو ما يعرف بخدمات الأخصائيين العامين General specialists مثل أخصائي الطب العام. والجراحة العامة، وأخصائي أمراض النساء والتوليد، والأطفال، وأطباء المختبر والأشعة والعلاج الطبيعي، حيث يتم التعامل مع الحالات لمرضية المحولة من الطبيب العام في المستوى الأول ويجري تقديم خدمات الرعاية الطبية هنا من خلال العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية في المستشفى.

3- خدمات الرعاية الثلاثية Tertiary care:

وهي خدمات على درجة عالية من التخصص الدقيق super specialist services مثل خدمات أمراض وجراحة الأعصاب، وأمراض وجراحة القلب والجراحات التجميلية وغيرها من التخصصات الدقيقة، وعادةً ما يتم التعامل في هذا المستوى مع حالات مختارة ومحولة من قبل الأطباء الأخصائيين في الرعاية الثانوية وليس من قبل الأطباء العامين في المستوى الأول.

4- خدمات الرعاية الوطنيةNational care أو الخدمات الممتازة:

وتشمل خدمات كبار الأطباء والمستشارين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العملية والمهارات المتميزة والتوجهات العلمية والبحثية وعادة ما يتم توفير هذه الخدمات من خلال مراكز صحية على المستوى الوطني أو الإقليمي نظراً لكون هذه الخدمات تطلب من قبل عدد محدود من السكان إضافة إلى تكلفتها العالية بالقياس مع خدمات المستويات الأخرى. وتقدم مثل هذه المراكز الوطنية خدمات رعاية من الدرجة الممتازة بالإضافة إلى القيام بمهام البحث العلمي.

تشكل هذه المستويات الأربعة المستويات الأساسية لأي برنامج منظم وجيد للرعاية الطبية. إلا أن البعض يضيف مستوى آخر وهو مستوى الرعاية الذاتية Self care. ويعني ببساطة قيام الفرد برعاية نفسه دون اللجوء إلى خدمات الطبيب في

الحالات والأعراض المرضية البسيطة التي تواجهه كأن يلجأ إلى خدمات الصيدلية لشراء بعض الأدوية البسيطة أو إلى العائلة والأصدقاء لالتماس المساعدة أو إلى الطب الشعبي. وجدير بالذكر أن هذه الخدمات موجودة في كل المجتمعات وتمتص جزء كبير من الطلب على الخدمة الصحية وانه بدون الرعاية الذاتية فإن خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها المهنيين الصحيين سوف تكون مثقلة بالأعباء.

اركان جودة الرعاية الطبية:

هنالك ستة أركان أساسية تشكل جوهر الجودة في الرعاية الطبية وتشكل هذه الأركان مرتكزات أساسية تقوم عليها جودة الخدمات الطبية كما يلي:

1- تواجد الخدمات Availability of Services:

يشير مفهوم تواجد الخدمات إلى الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد المشمولين بهذه الخدمات حيث تعرف الكفاية هنا بالكم الذي يتم معه تلبية الحاجات. ويتم قياس تواجد الخدمة عادة بمفاهيم كمية على شكل نسب بين عدد السكان في منطقة الخدمة وعدد المؤسسات والعناصر البشرية المهنية التي تقدم الخدمات لهؤلاء السكان في المنطقة المحددة وهذه النسب على سبيل المثال، نسبة عدد الأطباء لكل ألف من السكان ونسبة عدد الأسرة لكل ألف من السكان ونسبة عدد المرضات والصيادلة وغيرهم لكل ألف من السكان، ونسبة عدد السكان لكل مركز صحي ومستشفي. ورغم الانتقادات الموجهة لهذه المعايير حيث أنها لا تأخذ في اعتبارها عدالة توزيع المؤسسات الصحية والعناصر البشرية في المنطقة الجغرافية الواحدة، والتفاوت الممكن في إنتاجية هذه المؤسسات والعناصر البشرية إلا أنها تبقى معايير شائعة ومقبولة لقياس التواجد المادي للخدمات كما لابد من المحافظة على هذه النسب المعيارية لما لها من أهمية في إدارة وتخطيط الخدمات. فالخدمة غير الموجودة أصلاً لا يمكن الاعتماد عليها بشكل منفرد للحكم على جودة أو سوء الخدمات الطبية. وبمعنى آخر لابد من دعمها وإكمالها بمعايير أخرى تعود إلى الخصائص الأخرى للخدمة الجيدة وبشكل خاص معايير قياس سهولة منال الخدمة والانتفاع

بها. فالخدمة قد يتم توفيرها بالكم المطلوب ووفقاً للنسب المعيارية المحددة ولكنها قد لا تكون في متناول طالبيها ومحتاجيها بسبب وجود العوائق المالية والمادية والاجتماعية والنفسية والتي قد تحول دون استعمال الفرد لها والانتفاع بها.

2- سهولة منال الخدمة Accessibility of Service:

يشير مفهوم سهولة منال الخدمة إلى المدى المتوقع لاستعمال الأفراد للخدمات الموجودة مع الأخذ بالاعتبار العوائق التي قد تحد من استعماليتهم لها. وبمعنى آخر يشير إلى نسبة عدد السكان (في منطقة الخدمة) الذين يتوقع أن يستعملوا الخدمة المتوفرة في منطقتهم على ضوء العوائق التي قد تحد من استعمالهم لهذه الخدمات سواء كانت عوائق تنظيمية أو مادية أو مالية أو اجتماعية أو نفسية.

ولضمان سهولة المنال الجيدة للخدمات المتوفرة لابد من مراعاة وتوفير الأمور التالية:

أ- توفير الخدمات في أماكن تواجد الأفراد حيثما أمكن ذلك (قريبة من المناطق السكنية) وبالكم الكافي لتلبية الاحتياج.

ب- ضمان وصول كل فرد إلى الخدمة واستعماله لها والانتفاع بها في الزمان والمكان الصحيح وتبعاً لحاجته الفعلية لها.

ج- إزالة أية عوائق قد تحد من وصول الفرد للخدمة والانتفاع بها سواء أكانت عوائق مالية، تنظيمية، مادية (Physical) أو اجتماعية وبشكل خاص العائق المالي الذي يحول دون استعمال الكثيرين من الأفراد للخدمة والانتفاع بها. سيما وأن تكلفة الرعاية الطبية الحديثة مرتفعة جداً وتخرج عن حدود المقدرة المالية للغالبية العظمى من الأفراد مما يجعلها امتيازاً للقلة وليس حقاً للغالبية الأمر الذي يتطلب توزيع أعباء التكلفة المرتفعة والمتصاعدة للرعاية الطبية الحديثة بشكل عادل ومتوازن بين أفراد المجتمع كل حسب قدراته وإمكاناته. ولعل التأمين الصحي الشامل يعتبر أفضل وسيلة بهذا الخصوص لضمان المساواة والعدالة الاجتماعية في استعمال الخدمات والانتفاع بها.

ويشير العائق التنظيمي إلى خلل في تنظيم وتنسيق خدمات الرعاية الطبية مما قد يؤدي إلى عدم معرفة الفرد للمكان الصحيح الذي يتوجب عليه التوجه له للحصول على الخدمة ومن هو مزود الخدمة الأفضل لتلبية حاجته الصحية. الأمر الذي ينتج عنه تأخر الفرد وإهماله في طلب الخدمة أو تشخيص وعلاج حالته من قبل المهني غير المناسب أو إحالته إلى مصدر الخدمة غير المناسب لحالته. ولضمان وصول الفرد إلى الخدمة في المكان والزمان الصحيح لابد من تحديد نقطة الدخول الأولى لخدمات الرعاية الطبية Point of entry والمصدر المركزي للرعاية لكل فرد Central source ومن المتعارف عليه أن الطبيب العام في مستوى الرعاية الأولية هو نقطة الدخول الأولى والأفضل والمصدر المركزي لرعاية الفرد. حيث يقوم بتقويم حالة المريض وتقرير مدى حاجته لخدمات الرعاية الطبية ومعالجة الحالة في حدود معارفه ومهاراته وفي حدود ما تسمح له التشريعات المنظمة لذلك ومن ثم التنسيق مع مستويات الرعاية الطبية الأعلى حسب ما تقتضيه الحاجة الطبية.

ويشير العائق المادي physical Barrier إلى عدم تمكن الفرد من الوصول للخدمة والانتفاع بها لجملة من الأسباب ومن أهمها

أ- عدم توفر الخدمة بالكم الكافي لتلبية الاحتياج إضافة إلى عدم توفر بعضها في جميع الأوقات التي قد تحتاج فيها.

ب- سوء توزيع الخدمة بين المناطق الجغرافية المختلفة وعدم مراعاة الكثافة السكانية وحجم الاحتياج في هذه المناطق.

ج- عدم توفر الطرق ووسائل المواصلات المناسبة للوصول إلى مراكز الخدمات.

ويعتبر هذا العائق أحد أهم العوامل التي تؤثر على درجة استعمال الفرد للخدمة مما يقتضي توفير الخدمة بالكم المطلوب لتلبية الاحتياج وفي جميع الأوقات التي تطلب فيها الخدمة، وضمان عدالة توزيع هذه الخدمات بين المناطق المختلفة وتوفر طرق ووسائل المواصلات اللازمة للوصول إلى هذه الخدمات.

أما العائق الاجتماعي فيشير إلى العادات والتقاليد الاجتماعية والمواقف والقيم والآراء الفردية والمجتمعية فيما يتعلق بمفاهيم الصحة والمرض والخدمات الصحية

والتي قد تحد من سعي الفرد للحصول على الخدمة كما تشير أيضاً إلى عدم معرفة الفرد وجهله فيما يتعلق بكيفية الحصول على الخدمة، والمكان والزمان الصحيح للحصول عليها. وهنا يأتي التثقيف والتوعية الصحية للأفراد كوسيلة فاعلة لإزالة مثل هذه العوائق الاجتماعية والثقافية والمعرفية والتي قد تحد من اهتمام الفرد وسعيه في الحصول على الخدمة والانتفاع بها.

3- شمولية الرعاية Comprehensiveness of service:

يتضمن مفهوم شمولية الخدمات توفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة التي تقدم ذكرها وبحيث تغطي هذه الخدمات المدى الكامل للرعاية الطبية بمفهومها الصحيح والمتعارف عليه ويشمل ذلك خدمات ترقية الصحة، وخدمات الوقاية من الأمراض، والكشف المبكر للأمراض والإعاقات، وخدمات التشخيص والعلاج، وخدمات التأهيل المهني والاجتماعي. كما يتطلب تحقيق هذا المفهوم ما يلي:

أ- عدم اقتصار خدمات الرعاية الطبية على ما يقدمه الأطباء من خدمات بل لابد أن تشمل كافة الخدمات التي يقدمها الأعضاء الآخرين في فريق الرعاية الطبية كخدمات الممرضات والصيادلة، والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، وأخصائي التغذية، والمثقفين الصحيين والمرشدين الصحيين وغيرهم من العاملين في الميدان الصحي.

ب- توفير كافة منشآت ومؤسسات العلوم الطبية والعلوم الطبية المساندة الضرورية للمحافظة على الصحة وتحسينها.

ج- توفير واستعمال كافة الأجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية للرعاية الطبية.

د- عدم وجود حدود عليا للرعاية الطبية التي يمكن للفرد الحصول عليها إلا بحدود ما تقرره الحاجة الفعلية للحالة المرضية.

هـ- التعامل مع المؤثرات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية والثقافية للمريض والتي قد تؤثر على صحته.

و- التعامل مع المريض كشخص بكليته Whole person وليس كنظام بيولوجي فقط. وتكريس الوقت الكافي من قبل مقدم الخدمة للتعامل مع المشاكل الاجتماعية العاطفية والعقلية للمريض والتي تؤثر على حالة الصحية.

4- استمرارية الرعاية Continuity of service:

يشير مفهوم استمرارية الرعاية الطبية إلى المدى الذي يتم معه تلقي المريض لخدمات الرعاية الطبية بشكل منسق وبتتابع مستمر وبما ينسجم مع حاجة المريض للرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة ومصادرها المتعددة. ويتطلب تحقيق مفهوم استمرارية الرعاية الطبية ما يلي:

أ- وجود مصدر مركزي لرعاية الفرد يتحمل المسؤولية الأولى عن صحة المريض حيث يقوم هذا المصدر المركزي (والذي هو غالباً الطبيب العام في مستوى الرعاية الأولية أو طبيب العائلة) بحل أكبر قدر ممكن من المشاكل الصحية للمريض وعلى أساس مستمر وبعدها يقوم بتنسيق الخدمات الأخرى التي قد يحتاجها المريض مع المستويات والمصادر الأخرى للرعاية الطبية.

ب- استمرارية رعاية الفرد من قبل المصدر المناسب لحالته المرضية ومن قبل نفس الطبيب الذي تمت له الزيارة الأولى وذلك طيلة فترة العلاج للحادث المرضي الواحد Clinical episode أو لحادث مرضي جديد مرتبط أو غير مرتبط بالحادث الأول.

ج- وجود نظام تغذية راجعة للمعلومات بين المستويات المختلفة للرعاية ومصادرها المتعددة لضمان الاتصال الدائم بين المصدر المركزي للرعاية وبين المريض عند تلقيه خدمات الرعاية من المستويات والمصادر الأخرى التي تم تحويله لها.

د- وجود درجة عالية من التنسيق والتعاون بين المستويات المختلفة للرعاية والمصادر المتعددة التي تزود هذه الخدمات بما في ذلك الخدمات غير الطبية المرتبطة بالخدمات الطبية كخدمات التأهيل الطبي والاجتماعي والمهني، وخدمات تخطيط الأسرة، والخدمات الاجتماعية والتأمين الصحي وغيرها. بما يضمن استمرارية الرعاية بين هذه المستويات والمصادر وبما يمنع الازدواجية في الخدمات ويضمن

حسن استغلالها ويعتبر التنسيق والتعاون في هذا المجال وعلى أساس إقليمي على درجة كبيرة من الأهمية.

هـ- وجود سجل صحي شامل وموحد لكل مريض يمكن معه إعطاء صورة كاملة عن التاريخ المرضي والوضع الصحي الحالي للمريض وبحيث يكون هذا السجل في متناول كل الأطراف والمستويات ذات العلاقة بصحة المريض عند الحاجة له.

5- كفاءة الخدمة Efficiency of Service:

يشير مفهوم كفاءة الخدمات إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة للقطاع الصحي واستخدامها بشكل أمثل لتحقيق الأهداف المحددة. مع المحافظة على هذه الموارد والتي تتصف بالمحدودية وارتفاع التكلفة. فمن المعروف أن الموارد المتاحة للقطاع الصحي هي محدودة في كافة المجتمعات وحتى المتقدمة منها. وعلى ذلك فإن المحافظة على درجة عالية من كفاءة استخدامها لتلبية الاحتياجات الصحية غير المحدودة هو الحل الوحيد لمشكلة محدودية هذه الموارد وكلفتها المرتفعة.وهذا لا يتسنى إلا بالتخطيط الرشيد والتنظيم السليم والاستخدام الفعال للخدمات الصحية. ويعتبر تخطيط وتنظيم وتمويل الخدمات على أساس إقليمي أفضل المداخل لضمان كفاءة الخدمات Regionalization of health services حيث يحقق ما يلي:

أ- عدالة توزيع وتمويل الخدمات بين المناطق الجغرافية المختلفة تبعاً للاحتياجات الصحية الفعلية.

ب- تحقيق أقصى درجة من التنسيق والتعاون بين المستويات المختلفة لخدمات الرعاية الصحية والمصادر المتعددة التي تقدم هذه الخدمات.

ج- تجنب ازدواجية الخدمات والاستثمار غير الضروري فيها.

ولابد من التأكيد هنا على أن تحقيق كفاءة الخدمات يعتمد على مدى الكفاءة الإدارية المتوفرة لإدارة النظام الصحي وخدماته وفعاليتها في تنظيم الموارد المتاحة وضبط استعماليتها Utilization control لتحقيق الأهداف المحددة للنظام بأقل التكاليف الممكنة.

6- جودة الخدمات Quality of services:

يعتبر مفهوم جودة الخدمات من المفاهيم الغامضة والتي تستعصي على التعريف والقياس الدقيق. فليس هنالك اتفاق عام بين المهتمين بهذا الموضوع على تعريف معياري موحد ومقبول. حيث ينظر كل منهم إلى هذا المفهوم من زاوية معينة وبالتالي يتعامل معه ويركز فيه على نقاط قد يختلف فيها عن غيره. إلا أنه يمكن القول بأن هنالك اتفاق عام على أن مفهوم الجودة يتضمن جانبين أساسيين هما:

1- فنية الرعاية Technicality of care أو الجانب المعرفي والتكنولوجي ويمثل المعارف والمهارات والخبرات ودرجة التقدم العملي والتكنولوجي المتوفر للرعاية الطبية والتقنيات والأساليب المستعملة في الرعاية الطبية.

2- فن الرعاية Art of care أو الجانب السلوكي للرعاية ويشير إلى سلوكيات مزودي الخدمات وفن تعاملهم مع مستهلكي خدمات الرعاية الطبية. وجدير بالذكر أن هذا الجانب ورغم ماله من أثر كبير على جودة الخدمة لم يلق الاهتمام الكافي من قبل المهتمين بموضوع جودة الخدمة وتقديمها وتحسينها حيث ينصب الاهتمام والتركيز على الجانب التكنولوجي والمعرفي للرعاية الطبية. وحقيقة الأمر أن هذين الجانبين يشكلان جوهر جودة الرعاية الطبية. ويتضمنان كافة العناصر الأساسية للرعاية الطبية الجيدة والتي سبق لنا تقديمها وتشمل مدى توفر الخدمات بالكم المطلوب. وسهولة منالها، وشمولية الخدمات ومدى تغطيتها، واستمراريتها، وكفاءتها، وجودتها. وتتأثر جودة الرعاية بعدة عوامل من أهمها:

أ- الكفاءة المهنية لمزودي الخدمات الطبية ويشمل ذلك الكفاءة العلمية والعملية والمهارات التي يتمتع بها المهنيين الصحيين.

ب- مدى توفر خدمات الرعاية الطبية بالكم والكيف المطلوب وبمستوياتها المختلفة ومصادرها المتعددة بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية.

ج- مدى توفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية للرعاية الطبية.

د- مدى التركيز على الجانب السلوكي للرعاية الطبية وأهمية التعامل مع المريض كشخص بكليته Whole person وليس كنظام بيولوجي فقط وهو ما يعرف بشخصنة الرعاية Personalization of care فالنظام الاجتماعي والنفسي والاقتصادي والثقافي للفرد لا يؤثر فقط على صحته بل يؤثر كذلك على سلوكياته ومواقفه فيما يتعلق بالصحة والمرض. وعلى سلوك طلب الخدمة والسعي للحصول عليها والانتفاع بها أو سلوك عدم طلب الخدمة أو التأخير في طلبها كما يؤثر على العلاقة التفاعلية بين مقدم الخدمة ومستهلكها ومدى تعاونه وتفهمه لعملية العلاج.

الفصل الرابع

تنظيم المستشفى ووظائفه

- مقدمة
- العناصر المكونة للهيكل الإداري
- تنظيم إدارة المستشفى
- إدارة وتنظيم الهيئة الطبية
- وظائف المستشفى
  - الوظيفة العلاجية
  - الوظيفة الوقائية
  - وظيفة التدريب والتعليم
  - الوظيفة البحثية.
  - الخدمات الممتدة إلى المنزل.
- أنواع المستشفيات

الفصل الرابع

تنظيم المستشفى ووظائفه

المقدمة:

تعتبر المنظمات الحديثة والكبيرة ظاهرة من ظواهر القرن الماضي حيث شهد القرن العشرين نمواً كبيراً في التنظيمات من حيث الحجم وتعقد الأنشطة التي تمارسها ومن المؤكد أن تستمر هذه الظاهرة في القرن الحالي وستزداد المنظمات حجماً وتعقيداً أكبر مما جعلها وسيجعلها تواجه تحديات إدارية وتنظيمية لم تكن معروفة للمنظمات الصغيرة والبسيطة قبل بدايات القرن الماضي الأمر الذي استلزم تطوير تنظيمات فعالة وقادرة على التعامل مع هذه المشاكل وتحقيق الأهداف المرسومة لهذه التنظيمات. فالتنظيم الفعال يضمن تنسيق الجهود المشتركة للأفراد والجماعات ويمنع الازدواجية في هذه الجهود والإهمال بالقيام بالمهام والواجبات وبالتالي يضمن تحقيق الأهداف المرغوبة والمخططة. ومما لاشك فيه أن المستشفى الحديث الذي نعرفه اليوم هو ظاهرة من ظواهر النصف الثاني من القرن الماضي واحد أكثر التنظيمات الإنسانية تعقيداً. فهو يقوم بأنشطة وفعاليات متعددة غاية في التعقيد والترابط والاعتماد الكبير والمتبادل على بعضها البعض ويستخدم عناصر بشرية ذات تخصصات مهنية وخلفيات علمية متعددة ومتفاوتة في مهاراتها ويعتمد في تنفيذ هذه الأنشطة على درجة عالية من التخصص والاحتراف في هذه الأنشطة مما يخلق مشاكل كبيرة تعود لتنظيم وتنسيق هذه الأنشطة وتحقيق التكامل بينها لتعمل بانسجام وبما يحقق الأهداف الكلية للمستشفى بإطار من الفعالية والكفاءة.

ولما كان التنظيم في الأصل ينبع من حاجة الإنسان إلى التعاون وتنسيق الجهود الجماعية وإذا ما أخذنا بالاعتبار تعقيد المستشفى كتنظيم والخصائص المميزة له عن غيره من التنظيمات كما سبقت الإشارة لها في الفصل الأول والثاني يتضح لنا أن

الضرورة والحاجة إلى التنظيم والتنسيق والتعاون في المستشفى هي على درجة أكبر بكثير منها في أي تنظيم آخر. ومن ناحية أخرى، وإذا ما أخذنا في الاعتبار حقيقة كون غالبية المستشفيات لا تسعى إلى تحقيق الأرباح نتيجة لعمليات التشغيل فيها وحقيقة التزامها الدائم بتقديم أعلى مستوى ممكن من خدمات الرعاية الطبية، فإن الحاجة إلى التركيز على الناحية الاقتصادية والاهتمام بكفاءة التشغيل في المستشفى هي على درجة أكبر منها في أي تنظيم آخر. إلا أن المستشفيات ورغم الأهمية الكبيرة لعنصر الاقتصاد والكفاءة في تقديم خدماتها وبحكم المسئولية الاجتماعية والأدبية التي تفرض عليها الالتزام الدائم بتقديم أعلى مستوى ممكن من هذه الخدمات لا يمكنها ولا ينبغي لها التركيز على الناحية الاقتصادية إلى الدرجة التي قد تقلل من جودة هذه الخدمات أو تؤثر عليها وهذا ما يشار إليه بالمعادلة الصعبة التي تواجه المستشفى وإدارته والمتمثلة بتقديم أعلى جودة ممكنة من الرعاية الطبية وبأقل كلفة. وهذه المعادلة بشقيها لا يمكن تحقيقها إلا من خلال خلق وتطوير التنظيم الكفؤ والفعال الذي يتماشى مع خصوصية المستشفيات والذي يمكن معه إدارة وتنظيم وتوجيه الموارد المتاحة للمستشفى نحو تحقيق أهدافه المتعددة بإطار من الفاعلية والكفاءة. فلا مجال للتداخل والازدواجية في الجهود والأنشطة ولا مجال للإسراف أو الاستخدام السيئ للموارد والإمكانات المتاحة ولابد من تحديد واجبات ومسؤوليات كل العاملين فيها وتحديد وتوضيح ارتباطاتهم وعلاقاتهم مع بهضم البعض ومع التنظيم الكلي لضمان تحقيق الأهداف الكلية للمستشفى والتي تأتي رعاية المرضى ومصابي الحوادث في مقدمة هذه الأهداف إضافة إلى التعليم والتدريب والوقاية من الأمراض. ولضمان فعالية وكفاءة إدارة المستشفى وكفاءة تقديم هذه الخدمات سوف نستعرض التنظيم الداخلي للمستشفى العام بما يتفق مع إدارة وتنظيم المستشفيات الحديثة في الدول المتقدمة مبتدئين بالتعرف على العناصر الرئيسية التي يتكون منها الهيكل الإداري للمستشفى ومن ثم كيفية تنظيم هذه العناصر بما يمكن المستشفى من تحقيق أهدافه بفعالية وكفاءة.

العناصر المكونة للهيكل الإداري:

يحتل مجلس الإدارة قمة الهيكل الإداري باعتباره السلطة العليا في المستشفى وبغض النظر عن التسمية التي قد تطلق عليه (كمجلس الأمناء، مجلس المدراء، مجلس المحافظين، أو الحكام) فإن المجلس يتحمل نفس المسؤولية ويتمتع بنفس الصلاحيات والسلطات. والواجب الرئيسي للمجلس هو التأكد من أن المستشفى يقدم أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية بأقل كلفة ممكنة وبما يحقق كفاءة التشغيل. وللقيام بهذا الواجب يفوض المجلس السلطة الفعلية والصلاحيات المناسبة لإدارة وتشغيل المستشفى لمدير تنفيذي يختاره المجلس ويكون مسؤولاً فقط أمام المجلس عن إدارة المستشفى وتحقيق الأهداف المرسومة له. ولإدارة وتشغيل المستشفى يمكن للمدير الاستعانة بمدير مساعد أو أكثر يفوض لهم جزء من مهامه الإدارية كما لابد من اختيار وتوفير رؤساء مؤهلين للدوائر والأنشطة المختلفة في المستشفى وعناصر بشرية مؤهلة لتنفيذ الأنشطة والأعمال اليومية - ويمكن تقسيم الدوائر في المستشفى العام إلى مجموعتين رئيستين كما يلي:

1- الدوائر الفنية وهي الدوائر التي تقدم خدمات الرعاية الفنية للمرضى ومصابي الحوادث وتشمل الدوائر الطبية والجراحية الرئيسية ودوائر خدمات التشخيص والمعالجة الأخرى وخدمات الصيدلية وخدمات التمريض وخدمات الغذاء الطبي للمرضى والخدمات ذات الطبيعة الطبية - الإدارية كالخدمات الاجتماعية الطبية وخدمات الملفات والتوثيق الطبي وخدمات إدخال وتخريج المرضى.

2- دوائر الخدمات الإدارية وهي الخدمات ذات الطبيعة غير الطبية وغير التمريضية والمساعدة للمجموعة الأولى والمتواجدة غالباً في أي تنظيم آخر. وتشمل إدارة الأفراد والإدارة المالية والشراء والتخزين والعلاقات العامة وخدمات الصيانة والمغسلة والتدبير المنزلي وغيرها.

وللقيام بمسؤولية تقديم خدمات الرعاية الطبية وتقويم جودة هذه الخدمات يعتمد مجلس الإدارة على الهيئة الطبية ويفوضها مسؤولية تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية ومسؤولية تقويم جودة هذه الخدمات والمحافظة على جودتها ومستواها. وللقيام بهذه المسؤولية على أفضل وجه تقوم الهيئة الطبية بتنظيم نفسها

من خلال دوائر متخصصة تبعاً لحجم الأنشطة والخدمات التي يقدمها المستشفى ومن خلال لجان وظيفية متخصصة كما سيرد ذلك عند حديثنا عن تنظيم الهيئة الطبية. وجدير بالذكر أن الهيئة الطبية ترتبط رسمياً بالهيكل الإداري للمستشفى ولا تملك السلطة على المدير بل تتعاون معه وتتصل بمجلس الإدارة من خلاله باعتباره وكيلا للمجلس وعلى ذلك نجد أن الهيكلية العامة للمستشفى تتكون من العناصر التالية:

1- مجلس الإدارة.
2- مدير المستشفى ومساعديه.
3- الهيئة الطبية.
4- الدوائر والأقسام المختلفة في المستشفى بما فيها من عناصر بشرية مؤهلة لإدارة وتنفيذ الأنشطة والأعمال.

وسيتم استعراض إدارة وتنظيم الهيئة الطبية كأحد أهم عنصر الهيكل لأهمية ومحورية الدور الذي تقوم به من إنتاج وتقديم الخدمة الطبية وتقييم جودتها وبما يتناسب مع إدارة المستشفيات الحديثة والأصول العلمية والعملية المتبعة بهذا الشأن.

تنظيم إدارة المستشفى:

تتبع المستشفيات وبشكل تقليدي المدخل الوظيفي لتنظيم أنشطتها حيث يتم إنشاء ثلاثة إدارات وظيفية كما يلي:

1- الإدارة الطبية وتعتبر مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج وتقديم وتقييم جودة الخدمات الطبية.
2- إدارة التمريض وتعتبر مسؤولة عن إدارة كافة الأنشطة المتعلقة بإنتاج وتقديم وتقييم جودة خدمات التمريض.
3- الإدارة العامة وتعتبر مسئولة عن إدارة كافة الأنشطة غير الطبية وغير التمريضية في المستشفى كالشؤون الإدارية والمالية والخدمية الأخرى.

وتشكل المستشفيات عادة فريقاً إدارياً يتكون من مدراء هذه الإدارات الثلاثة ويرأس هذا الفريق مدير المستشفى كقائداً لهذا الفريق كما يبين الشكل رقم (11).

شكل رقم (11)

التنظيم الوظيفي لإدارة المستشفى

مجلس الإدارة

مدير المستشفى

مدير الإدارة الطبية

مدير / مديرة خدمات التمريض

مدير الخدمات الإدارية والمساندة

تنظيم وإدارة الهيئة الطبية:

المقدمة:

يعتبر الأطباء أهم عناصر التنظيم في المستشفى وأكثرها تأثيرا على كم ونوع الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى لمرضاه. فهم الذين ينتجون ويقدمون الخدمة الطبية للمرضى وهم الذين يستطيعون تقويم هذه الخدمات لضمان جودتها. وهم الذين يقومون بأنشطة التدريب والتعليم والبحث الطبي في المستشفى. وغيرها من الوظائف والأنشطة الأخرى للهيئة الطبية.

وعند قيام الأطباء بهذه الأنشطة والمسؤوليات في المستشفى فإنهم يستعلمون كافة الموارد والتسهيلات والخدمات التي يوفرها المستشفى، كما يشرفون على العناصر

الأخرى المساهمة في عملية رعاية المريض وبهذا فهم يؤثرون على كم ونوع وجودة هذه الخدمات وتكلفتها إلى درجة أكبر بكثير من أي عنصر آخر في التنظيم.

وبينما يتحمل مجلس إدارة المستشفى كما أسلفنا المسؤولية النهائية قانونياً وأخلاقياً عن المستشفى والخدمات التي يقدمها ولما كان الأطباء هم الوحيدون المفوضون بالقانون للممارسة مهنة الطب وتقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى فإن المجلس يفوض للأطباء صلاحية ومسؤولية تقديم هذه الخدمات وضمان جودتها. ولضمان وفاء الأطباء بهذا الالتزام والقيام بالمسؤوليات التي يتحملونها لابد من تنظيمهم وربطهم بالهيكل التنظيمي الرسمي في المستشفى من خلال خطوط واضحة للسلطة والمسؤولية تبين دورهم في التنظيم ووظائفهم وواجباتهم ومسؤولياتهم والعلاقات بين أعضاء الهيئة الطبية وبينهم وبين الإدارة وإدارة المستشفى.

ولا يمكن للهيئة الطبية الوفاء بهذا الالتزام والقيام بهذه المسؤوليات إلا من خلال الجهود المنظمة لأعضائها وتوضيح وظائفهم وواجباتهم ومسؤولياتهم وارتباطهم بالتنظيم وتوضيح أسس التعامل والاتصال بين أعضاءها وبينهم وبين مجلس الإدارة وإدارة المستشفى. ووضع المعايير المهنية المناسبة لضبط سلوكيات أفرادها ولرقابة وتقويم ممارساتهم الطبية لضمان تحقيق الأهداف المرسومة للمستشفى.

ولضمان قيام الهيئة الطبية بمسؤولياتهم بشكل صحيح فلابد لكل عضو من أعضاءها من الالتزام بثلاثة مسؤوليات هي:

1- المسؤولية أمام المريض وتتضمن تقديم أفضل رعاية طبية ممكنة للمريض.

2- المسؤولية أمام الهيئة الطبية وتعني خضوعه للوائح والقوانين والتعليمات الداخلية للهيئة الطبية والتي تنظم وتضبط سلوكيات وممارسات الأعضاء ومسؤولياته الشخصية عن الأنشطة والممارسات الطبية التي يقوم بها في المستشفى.

3- المسؤولية أمام مجلس الإدارة فهو مسول أمام لمجلس عن دعم انشطة وبرامج وسياسات المستشفى وتحقيق أهدافه المرسومة.

ويختلف الهيكل التنظيمي للأطباء من مستشفى لآخر حسب حجم المستشفى وجهة ملكيته وأهدافه وانشطته حيث نجد أن الأطباء في المستشفيات الكبيرة منظمين

من خلال دوائر وأقسام طبية بينما هم في المستشفى الصغير لا يتجاوز عددهم بضعة أطباء يمكن إدارتهم وتنظيمهم بسهولة.

ورغم اختلاف الهيكل فإن المسؤولية التي تتحملها الهيئة الطبية هي واحدة وبالتالي فلابد من تنظيم الهيئة الطبية من خلال هيكل تنظيمي رسمي يبين بوضوح خطوط السلطة الرسمية والعلاقات بين الدوائر والأقسام الطبية والفنية وارتباطها بالتنظيم الكلي للمستشفي وعلاقتها مع مجلس الإدارة وإدارة المستشفى كجزء من الهيكل الإداري للمستشفى. ولابد من قيام الهيئة الطبية بوضع وتبني معايير مهنية مناسبة لرقابة وتقويم الأنشطة الطبية بما يضمن تحسين مستوى هذه الخدمات والمحافظة على جودتها. ولابد للهيئة الطبية من وضع اللوائح التنظيمية الداخلية لها والتعليمات والقواعد التي تبين مسؤوليات وواجبات أعضائها وتضبط سلوكياتهم وممارساتهم في المستشفى واللجان المتخصصة والمنبثقة عن الهيئة الطبية وطريقة تشكيلها وطريقة عملها وواجباتها واجتماعاتها وارتباطاتها.

فريق الهيئة الطبية:

تتألف الهيئة الطبية في المستشفى عادة من الأطباء المتدربين والذين يطلق عليهم أطباء الامتياز (Interns) وهم أطباء حديثي التخرج يمضون سنة من التدريب في المستشفى بعد تخرجهم من الجامعات في الأقسام المختلفة للطب والجراحة وأمراض النساء والولادة والأطفال والتخصصات الطبية الأخرى وذلك تحت إشراف الأطباء الاختصاصيين دون أن يتحملوا مسؤولية مباشرة عن رعاية المرضى. والأطباء المقيمين وهم الأطباء الذين أنهوا سنة التدريب بعد التخرج واختيروا للدراسة والتدريب أو للعمل في المستشفى بهدف تأهيلهم كأطباء متخصصين في إحدى التخصصات الطبية ويمضي هؤلاء فترة زمنية محددة تتراوح من سنتين إلى أربع سنوات في التخصص الذي يختارونه. ويمكن أن تسند لهؤلاء الأطباء مسؤولية مباشرة لرعاية وعلاج المرضى.

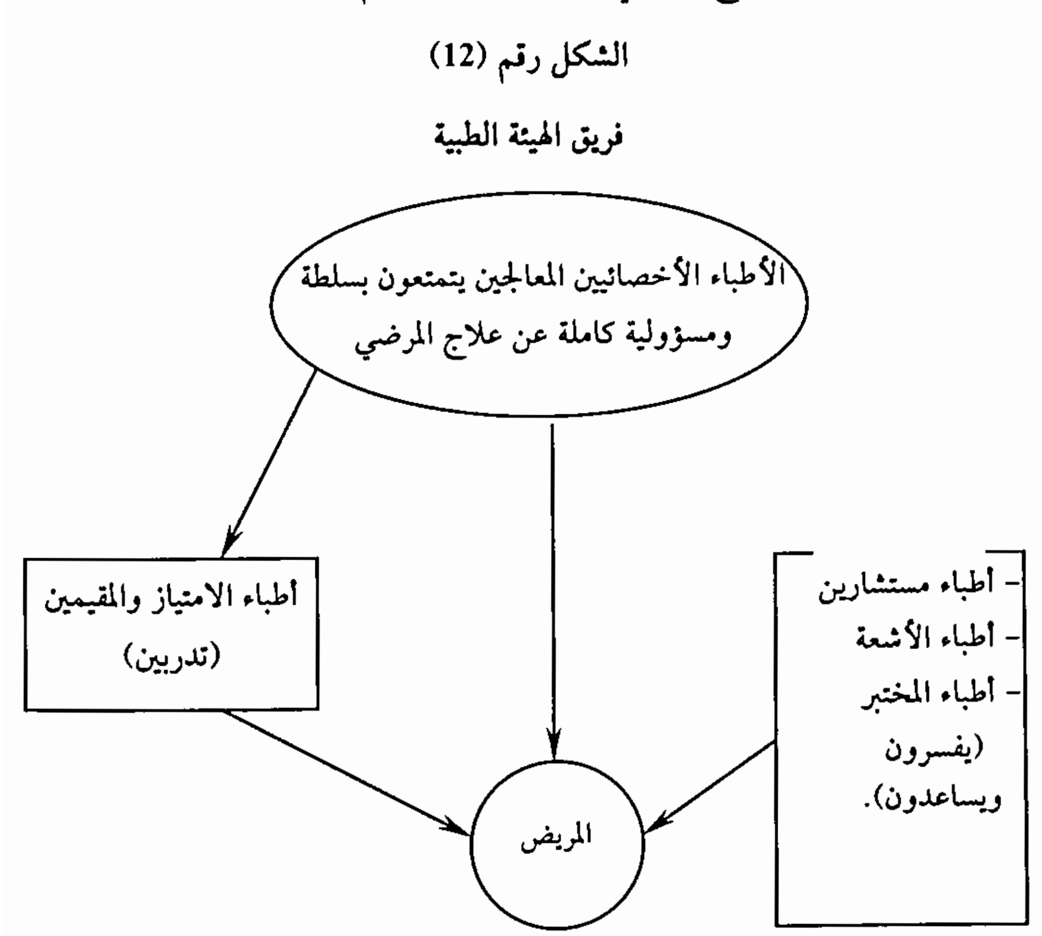
والأطباء الأخصائيين حملة شهادات الدراسات العليا في الطب والجراحة وهم الذين يتحملون المسؤولية المباشرة والأخيرة عن علاج ورعاية المرضى في المستشفى وهؤلاء الأطباء قد يعملوا بتفرغ كامل في المستشفى كموظفين أو قد يكونوا أطباء

مستقلين لهم عباداتهم الخاصة بهم. والأطباء المستشارون وهم حملة الشهادات العليا في الطب والجراحة ويتمتعون بخبرات عملية طويلة يقدمون النصح والمشورة للأطباء الأخصائيين في معالجة مرضاهم عند طلب مثل هذه المشورة .

وعلى ذلك تتالف الهيئة الطبية من الأطباء الاختصاصيين المسؤولين عن رعاية وعلاج المرضى ويساعدهم في ذلك الأطباء المقيمون وأطباء الامتياز والأطباء المستشارين إضافة إلى الأطباء والمسؤولين عن الخدمات الفنية الأخرى كأطباء الأشعة والمختبر والتخدير والعلاج الطبيعي كما يبين الشكل رقم (12)

الشكل رقم (12)

فريق الهيئة الطبية



ولما كان الأطباء مسؤولين أمام المرضى ومجلس الإدارة والمستشفى ككل عن ضمان أفضل رعاية طبية ممكنة للمرضى من خلال تطبيق الإجراءات والتقنيات الطبية والمهنية في المستشفى. تشترط الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات وجود هيئة طبية منظمة مسؤولة أمام المريض ومجلس الإدارة عن جودة الرعاية الطبية في المستشفى وعن الممارسة المهنية والأخلاقية لأعضاءها.

وتشير الجمعية إلى أن المحافظة على معايير عالية للرعاية الصحية يعتمد على طبيعة الأطباء وفعالية تنظيمهم في تنفيذ الواجبات التالية:

أ) اختيار الأطباء الأكفاء للانضمام لعضوية الهيئة.

ب) التحليل المستمر والمراجعة للعمل الطبي الذي يجري في المستشفى.

ج) دعم سياسات الهيئة الطبية وسياسات المستشفى.

د) المحافظة على سجلات طبية جيدة ومناسبة.

و) تقديم الاستشارات.

وأصدرت الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات سنة 1965 مبادئ عامة حول تنظيم الهيئة الطبية يبين وظائف وواجبات ومسؤوليات كل عضو من الهيئة وبالنسبة للهيئة ككل.

وجدير بالذكر أن مجلس الإدارة هو مسؤول قانونياً وأخلاقياً عن سلوك الأطباء وعن العمل الطبي في المستشفى. وللوفاء بهذه المسؤولية لابد للمجلس من المصادقة على وتبني القوانين الداخلية والتعليمات المنظمة للهيئة الطبية ونظراً لعدم إمكانية قيام المجلس بأداء العمل الطبي في المستشفى يقوم عادة بتفويض مسؤولية هذه الرعاية إلى الهيئة الطبية والتي بدورها تحمِّل كل طبيب الالتزام والمسؤولية عن جودة وكم الخدمات المقدمة للمرضى وهذه السلطة يجب أن تتضمن تقويم للمؤهلات المطلوبة من الأطباء الممارسين في المستشفى كما أن التعيين في الهيئة الطبية يجب أن يتم من قبل المجلس بناء على توصية الهيئة الطبية نفسها.

وظائف الهيئة الطبية:

تتألف الهيئة الطبية من الأطباء المتفرغين العاملين في المستشفى والأطباء المستقلين الذين لهم عياداتهم الخاصة خارج المستشفى ويستخدمون تسهيلات المستشفى لمعالجة مرضاهم. وتؤثر الهيئة الطية بما لديها من معرفة متخصصة ومهارات فنية لوصف العلاج ووضع خطة المعالجة على عملية تقديم الخدمات الصحية كما ونوعاً إلى درجة أكبر من أي عامل آخر داخل التنظيم فهم الوحيدون المؤهلون والمفوضون قانونياً لممارسة مهنة الطب. وبشكل عام فإن الهيئة الطبية مسؤولة عن القيام بالوظائف التالية:

1- رعاية المرضى وهي المسؤولية الأساسية للهيئة الطبية والتي تتركز عليها كافة الجهود والنشاطات في المستشفى.

2- المحافظة على كفاءة أداء عملية تقديم الخدمات الطبية وتحسين كفاءة الأطباء عن طريق دراسة الحالات المرضية التي تمت معالجتها والتي قيد المعالجة لبيان أسباب النجاح وأسباب الفشل في خطة المعالجة المطبقة وبذلك تسهم الهيئة الطبية في تعليم أفرادها ورفع كفاءتهم.

3- تنظيم أفراد الهيئة الطبية وربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى ووضع السياسات والقواعد الخاصة بممارسة المهنة وسلوك أفرادها وتنسيق الجهود والنشاطات المختلفة لعملية تقديم الخدمات الصحية.

4- التعليم والتدريب ويتضمن ذلك إعطاء المحاضرات النظرية والتطبيقات العملية لأعضاء الهيئة الطبية وللممرضات بما يتماشى مع سياسة المستشفى بخصوص برامجه التعليمية سواء داخل المستشفى أو خارجه على مستوى المجتمع المحلي.

5- تقويم عملية أداء الخدمة الطبية ونتائجها من خلال وضع وتبني مقاييس مهنية تحكم الأداء لضمان مستوى جيد من الخدمة ويتم ذلك من خلال اللجان الدائمة المشكلة لهذا الغرض مثل لجنة السجلات الطبية ولجنة التدقيق الطبي ولجنة الاستخدام ولجنة الأنسجة ولجنة العدوى وغيرها من اللجان المتخصصة.

6- تقديم المشورة للإدارة ومساعدتها في إدارة وتنظيم شؤون المستشفي وخاصة فيما يتعلق بالنواحي الفنية للخدمة الطبية.

7- مراجعة استخدام أجهزة ومعدات وتسهيلات المستشفى للتأكد من سلامة استخدامها وترشيد هذا الاستخدام.

وللقيام بهذه الوظائف نجد أن الهيئة الطبية في المستشفى تقوم بالأنشطة والفعاليات التالية:

1- إدخال المريض إلى المستشفى عند توفر الدليل الإكلينيكي أو غيره من الأدلة التي تبرر إدخال المريض.

2- تشخيص الحالة المرضية بعد إجراء الفحوصات اللازمة.

3- إعطاء الأوامر والتعليمات لإجراء الفحوصات المخبرية والشعاعية وغيرها من الفحوصات اللازمة.

4- وصف العلاج ووضع خطة المعالجة للمريض.

5- الإشراف على المريض ومتابعة خطة علاجه. واتخاذ الإجراء المناسب على ضوء نتائج خطة المعالجة الموثقة عند تخريج المريض، وتحديد مدة إقامته، وتغيير خطة المعالجة او تمديدها أو إعادة التشخيص.

6- التقويم الطبي لعملية العلاج من خلال دراسة السجلات الطبية للمرضى الذين تمت معالجتهم في المستشفى لتقصي العيوب والنواقص ومعالجتها.

7- وضع سياسات وإجراءات العمل الطبي والجراحي ووضع المقاييس المهنية اللازمة لضبط عملية أداء الخدمة الطبية.

8- مراجعة واقع استخدام أجهزة ومعدات وأسرة المستشفى للتأكد من سلامة وحسن استخدامها.

الدوائر الطبية:

يتم تنظيم الأطباء من خلال دوائر او أقسام طبية تختلف في حجمها وتفصيلها حسب حجم المستشفى والخدمات التي يقدمها. ويرأس كل دائرة طبيب أخصائي

يتحمل مسؤولية الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء في دائرته وهو بدوره مسؤولاً أمام رئيس الهيئة الطبية عن جودة هذه الخدمات وتقويمها. وعادة ما يحتوي المستشفى العام على عدد من الدوائر الطبية والجراحية كما يلي:

1- دائرة الطب الباطني.

2- دائرة الجراحة.

3- دائرة أمراض النساء والتوليد.

4- دائرة أمراض الأطفال.

وبالإضافة إلى هذه الدوائر الرئيسية التي يُدخِل الأطباء مرضاهم إليها، هنالك دوائر اخرى تقدم خدمات الرعاية الطبية للمريض تحت إشراف الطبيب الأخصائي وبطلب منه، وهي دوائر المختبر والأشعة والتخدير والطب الطبيعي. أما في المستشفيات الكبيرة الحجم فإن التخصصات الفرعية يمكن كذلك تنظيمها في دوائر أو أقسام يرأسها أطباء أخصائيين مثل التخصصات الطبية في أمراض الأعصاب والقلب والجلدية والحساسية والتخصصات الجراحية في العظام والمسالك البولية والعيون والأنف الأذن والحنجرة وجراحة الأعصاب وجراحة الصدر والسرطان وما إلى ذلك من تخصصات فرعية أخرى حيث تعتمد درجة التفصيلات هذه على اهتمامات وقدرات وتخصصات الهيئة الطبية وحجمها وكذلك على حجم الخدمات التي يقدمها المستشفى كما أسلفنا.

مدير الهيئة الطبية:

يعتبر منصب مدير الهيئة الطبية أحد أهم المراكز الوظيفية في المستشفى. وعادة ما يتم تعيين رئيس الهيئة الطبية من قبل مجلس الإدارة ومن بين الأطباء الذين ترشحهم الهيئة الطبية لهذا المنصب. ويتم تعيينه لفترة زمنية محددة تزيد عن السنة لضمان توفر عنصر الاستمرارية له وعادة ما تتراوح هذه الفترة من 2-3 سنوات. كما يمكن إعادة تعيينه لفترة أخرى. ويعمل رئيس الهيئة الطبية كقائد للهيئة الطبية ويمثلها أمام مجلس إدارة مجلس المستشفى ويتحمل رئيس الهيئة الطبية المسؤولية النهائية لما يلي:

1- جودة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى وذلك من خلال التقويم والتدقيق الطبي للأعمال والأنشطة الطبية التي يقدمها الأطباء.

2- تعليم وتدريب الأطباء والمهنيين الصحيين الآخرين في المستشفى.

3- تنظيم أفراد الهيئة الطبية وربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى ووضع السياسات والإجراءات الخاصة بالممارسة الطبية في المستشفى وسلوكيات أفراد الهيئة الطبية وتنسيق الجهود والنشاطات المختلفة لعملية تقديم خدمات الرعاية الطبية.

ويراعي في اختيار رئيس الهيئة الطبية الكفاءة المهنية المتميزة والقدرات الإدارية والقيادية التي تساعده على إدارة وتنظيم الأطباء وحل المشاكل الإدارية والطبية التي تواجه الهيئة الطبية بالتعاون مع إدارة المستشفى. ويساعد رئيس الهيئة الطبية في قيادة وتنظيم الهيئة الطبية لجنة تنفيذية تضم بالإضافة إلى مساعد رئيس الهيئة لطبية رؤساء الأقسام والدوائر الطبية والجراحية في المستشفى وغيرهم من كبار الأطباء.

لجان الهيئة الطبية:

ولزيادة فعالية وكفاءة إدارة الأنشطة الطبية يجري تنظيم الهيئة الطبية من خلال لجان متخصصة يرأس كل منها طبيب أخصائي ويكون له مقرر لتدوين وقائع اجتماعات اللجان ورفع تقرير عنها إلى الجهات المختصة وأهم هذه اللجان هي:

1) اللجنة التنفيذية

وهي اللجنة المسؤولة عن قيادة وإدارة الهيئة الطبية في المستشفى وتتألف في العادة من كبار الأطباء ورؤساء الدوائر الطبية والجراحية في المستشفى ويرأس هذه اللجنة رئيس الهيئة الطبية، وتمثل هذه اللجنة الهيئة الطبية أمام مجلس الإدارة وإدارة المستشفى. وتقوم هذه اللجنة باستلام ودراسة التقارير المرفوعة إليها من اللجان الأخرى للهيئة الطبية واتخاذ القرارات أو التوصيات المناسبة بشأنها ورفعها لمجلس الإدارة للمصادقة وتقوم هذه اللجنة عادة بما يلي:

1- تعيين أعضاء اللجان الأخرى للهيئة الطبية التي سيرد ذكرها.

2- التنسيق بين أنشطة الأقسام الطبية والجراحية في المستشفى.

3- استلام ومراجعة تقارير اللجان الأخرى للهيئة الطبية واتخاذ الإجراء المناسب عليها.
4- تقديم النصح والمشورة لإدارة المستشفى عند شراء الآلات والأجهزة الطبية.
5- المشاركة بوضع السياسات الطبية للمستشفى.

وتجتمع هذه اللجنة مرة واحدة شهرياً على الأقل وعادة يدعى مدير المستشفى لحضور اجتماعاتها.

2) لجنة قبول العضوية:

وتقوم هذه اللجنة بدراسة طلبات الاستخدام التي يقدمها الأطباء الجدد للعمل في المستشفى وتقويم المؤهلات العلمية والعملية والشخصية بهدف التأكد من صلاحيتهم وقدرتهم على الممارسة الطبية الجيدة في المستشفى وتتخذ التوصيات المناسبة بذلك وترفعها للجنة التنفيذية للهيئة الطبية للمصادقة عليها ومن ثم ترفع إلى مجلس الإدارة بواسطة مدير المستشفى لاتخاذ القرار المناسب على ضوء التوصيات المعتمدة من الهيئة الطبية. كما تقوم هذه اللجنة أيضاً بالنظر في الجزاءات التي قد توصي بها اللجان الأخرى للهيئة الطبية بحق أحد أعضائها والتوصية بذلك ورفعها للجنة التنفيذية للمصادقة عليها وإقرارها من قبل مجلس الإدارة.

3) لجنة السجلات الطبية:

تعتبر هذه اللجنة من أهم لجان الهيئة الطبية لما تقوم به من دور هام في المحافظة على مستوى عالي من الرعاية الطبية، وفي مجال التعليم والأبحاث وفي توفير الحماية القانونية للمرضى والأطباء والمستشفى.

تتولى هذه اللجنة الإشراف على دائرة السجلات الطبية في المستشفى وتوجيه أنشطتها لضمان وجود سجلات طبية كاملة ودقيقة لكل مريض يعالج في المستشفى. وتعمل هذه اللجنة بالتعاون والتنسيق مع مدير دائرة السجلات الطبية الذي يقوم بتدقيق وفحص السجلات للمرضى المخرجين من المستشفى للتأكد من كمالها ودقتها، وذلك بناء على التعليمات والمعايير التي تضعها اللجنة لهذه الغاية. ويقوم مدير السجلات الطبية برفع تقارير إلى لجنة السجلات الطبية حول السجلات الطبية الناقصة (Incomplete)

وغير المستوفية للمعايير المحددة من اللجنة (Deficient) وتقوم هذه اللجنة عادة بمراجعة عينة من السجلات الطبية الكاملة (Complete) للتأكد من دقة وسلامة البيانات والمعلومات الطبية المدونة بها. كما تقوم بمراجعة كافة السجلات الطبية غير الكاملة (Incomplete) لكل طبيب وترفع ملاحظاتها وتوصياتها للجنة الفنية لإصلاح أية نواقص أو خلل فيها. وبشكل عام تتولى هذه اللجنة مسؤولية ما يلي:

1- تعريف وتحديد محتويات السجل الطبي والنماذج الطبية الواجب احتواء السجل الطبي عليها والمعلومات والبيانات الواجب تدوينها في السجل.

2- التأكد من أن الأطباء يقومون بتدوين البيانات والمعلومات المطلوبة في السجل الطبي وذلك ضمن الفترة الزمنية المحددة لاستكمال هذه السجلات كما تنص عليها اللوائح الداخلية للهيئة وأن هذه السجلات الطبية تحتوي على معلومات كاملة ودقيقة لغايات تقويم جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرض واستمرارية هذه الرعاية مستقبلاً.

3- الإشراف على دائرة السجلات الطبية وما تقوم به من أنشطة وتقديم النصح والتوجيه لمدير السجلات الطبية فيما يتعلق بالسياسات والإجراءات الخاصة بإدامة وحفظ السجلات الطبية بشكل كامل ودقيق وسليم.

4- التأكد من أن المعلومات والبيانات الطبية المتعلقة برعاية المريض هي مدونة بالطريقة الصحيحة وبالتفصيل المطلوب لتقويم جودة هذه الخدمات وتحسينها.

5- دراسة وتطوير السياسات المتعلقة بسرية المعلومات الطبية والامتيازات الممنوحة للأطباء للإطلاع على السجلات الطبية للمرض الذين تمت معالجتهم من قبل الأطباء الزملاء لغايات الأبحاث العلمية والدراسات ومسائل الأدلاء بهذه المعلومات للجهات الخارجية.

وتقوم هذه اللجنة سنوياً بمراجعة وتقويم أنشطة وبرامج دائرة السجلات الطبية واقتراح التوصيات التي من شأنها تحسين سياسات وإجراءات عمل الدائرة بما ينعكس على تحسين جودة الرعاية الطبية وتسهيل مهمة التعليم والأبحاث العلمية.

وتتألف هذه اللجنة عادة من رئيس الهيئة الطبية ورؤساء الدوائر الطبية.ويعمل مدير السجلات الطبية سكرتيراً لهذه اللجنة. وتجتمع مرة على الأقل شهرياً وتدفع هذه اللجنة توصياتها وتقاريرها للجنة التنفيذية للهيئة الطبية.

4) لجنة التدقيق الطبي:

تقوم هذه اللجنة بتقويم مستوى وجودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى وذلك من واقع السجلات الطبية لهم وكما تعكسها البيانات والمعلومات المدونة في السجل الطبي للمريض سواء أثناء إقامته في المستشفى (Concurrent)أو بعد تلقيه العلاج وخروجه من المستشفى. وفي العادة يجري التدقيق الطبي بعد خروج المريض من المستشفى (Retrospective Audit). حيث تقوم بمراجعة ودراسة كافة السجلات الطبية للمرضى الذين تم علاجهم في المستشفى للوقوف على أية نواقص أو عيوب في عملية المعالجة بهدف تحسين مستوى هذه الخدمات ورفع كفاءة الأداء الطبي في المستشفى. كما تقوم هذه اللجنة بدراسة كافة السجلات الطبية للوفيات التي تحدث في المستشفى للوقوف على الأسباب المباشرة لها ودراسة المبررات الطبية المدونة في السجل الطبي للوفيات والكشف عن أية نواقص أو إهمال في عملية الرعاية الطبية المقدمة لهم.

وبشكل عام تقوم هذه اللجنة بالأنشطة التالية:-

1- تقويم مستوى وجودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى كما يعكسها السجل الطبي للمريض.
2- تدقيق ودراسة أية مضاعفات تحدث للمريض أثناء إقامته وعلاجه في المستشفى.
3- تقويم مدى نجاح أو فشل خطة العلاج المتبعة في رعاية المريض بإيجابياتها وسلبياتها.
4- تدقيق كافة الوفيات التي تحدث في المستشفى للوقوف على أسبابها ومبرراتها.
5- اقتراح برامج التدريب والتعليم الطبي لرفع كفاءة أفراد الهيئة الطبية وذلك على ضوء ما تكشف عنه عملية مراجعة تدقيق الأداء الطبي.

وتتألف هذه اللجنة من 3-5 أطباء يمثلون الدوائر الطبية المختلفة في المستشفى كما يمكن تمثيل كافة التخصصات الطبية الأخرى فيها. ويعين أعضاء هذه اللجنة من قبل اللجنة التنفيذية ولمدة لا تزيد عن السنة وتجتمع هذه اللجنة شهرياً على الأقل وترفع توصياتها وتقاريرها للجنة التنفيذية.

5) لجنة الأنسجة أو مراجعة الأنشطة الجراحية:-

تقوم هذه اللجنة بمراجعة وتقويم كافة الأنشطة الجراحية التي تجري في المستشفى وتتحمل مسؤولية المحافظة على والتقيد بالمعايير المحددة والمعتمدة لهذه الأنشطة.

وتجري عملية التقويم هذه بمراجعة ودراسة كافة العمليات الجراحية التي يقوم بها الجراحون في المستشفى من واقع السجلات الطبية للمرضى الذين أجريت لهم هذه العمليات وعلى أساس اتفاقها أو عدم اتفاقها مع تشخيص الجراح قبل إجراء العملية (Pre- Operative diagnosis)وتشخيص ما بعد إجراء الجراحة (Post Operativediagnosis) ومع تشخيص أخصائي الأمراض (Pathologist diagnosis) وقبول الإجراء الجراحي المنفذ وأن الأنسجة التي أزيلت هي أنسجة مريضة استوجبت إجراء العمل الجراحي. والحد من الجراحات غير الضرورية وغير المبررة التي قد يقدم عليها بعض الأطباء الجراحون في المستشفى.

وتتألف هذه اللجنة من 3-5 أطباء ويشترك في عضويتها أخصائي الأمراض (Pathologist) وأحد الأطباء الجراحين على الأقل. ويعمل مدير السجلات الطبية سكرتيرا لهذه اللجنة. وتقوم هذه اللجنة بمراجعة وتدقيق كافة السجلات الطبية للمرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية حيث يقوم العضو بمراجعة العمليات الجراحية التي أجراها زميله الطبيب (Peer Review) وترفع هذه اللجنة توصياتها وتقاريرها إلى اللجنة التنفيذية حول النتائج النهائية للعمليات الجراحية وذلك لكل جراح.

وبالإضافة إلى ذلك تقوم هذه اللجنة أيضاً سنوياً وبشكل دائم بمراجعة وتقويم الإجراءات والسياسات العامة المتبعة لأنشطة الجراحة في المستشفى ورفع التوصيات المناسبة بشأن تحسينها وتطويرها.

6) لجنة مراجعة الاستخدام (Utilization Review Committee):

تعتبر هذه اللجنة إحدى أهم اللجان في المستشفى وتتركز جهود هذه اللجنة على ترشيد استخدام الموارد والإمكانيات التي يوفرها المستشفى لخدمة المرضى وتقليل الفاقد منها (Waste). سيما وأن هذه الموارد تتصف بالمحدودة وارتفاع التكلفة كما ذكرنا سابقاً، فالاستخدام القليل لهذه الموارد يشير لأحد أمرين فأما أن يكون هنالك فائض أو زيادة في الموارد والإمكانيات المتوفرة أصلاً أو إلى عدم الكفاءة في استخدام هذه الموارد. كما أن الاستخدام الزائد لهذه الموارد يشير أما إلى نقص في المتوافر منها أصلاً وبالتالي زيادة الطلب عليها أو إلى إساءة استخدامها والمبالغة فيه. وأياً كان الأمر فالنتيجة واحدة من حيث تأثيرها على جودة هذه الخدمات وكلفتها.

وتهدف هذه اللجنة إلى التأكد من أن مدة إقامة المرضى في المستشفى وأن الخدمات المقدمة لهم قد اقتضتها الضرورة الطبية ولها ما يبررها. وتحديد العوامل التي قد تساهم في الإقامة غير الضرورية في المستشفى أو غير المبررة. والاستخدام غير المبرر للخدمات المقدمة للمرضى الداخلين.

ويمكن أن تتضمن أنشطة هذه اللجنة ما يلي:

1- إنقاص عدد أيام إقامة المرضى الداخلين في المستشفى والتي لا تستدعيها الضرورة الطبية دون أن يؤثر ذلك على جودة الرعاية المقدمة.

2- إنقاص حالات إدخال المرضى غير الضرورية للمستشفى والتي يمكن علاجها ورعايتها في العيادات الخارجية أو خارج المستشفى والاستعمال الزائد وغير المبرر للخدمات المساعدة كخدمات الأشعة والمختبر وما إلى غير ذلك من خدمات طبية مساعدة.

3- مراجعة لسياسات وإجراءات إدخال وتخريج المرضى من المستشفى بهدف تطويرها وتحسينها وبما يقلل ممن حالات الدخول غير الضروري وإنقاص معدلات الإقامة في المستشفى.

4- تقليل مدة إقامة المريض قبل إجراء العمليات الجراحية (Pre-Operative Stay) على أساس تبني السياسات الضرورية والمناسبة لهذا الغرض مثل إجراء كافة الفحوصات المخبرية والشعاعية الضرورية لتشخيص حالة المريض اذلك بشكل سابق لإدخاله للسرير مما يقلل مدة الإقامة في المستشفى ويقلل من فرص إجراء الجراحات غير الضرورية أو تأجيل إجراء العملية الجراحية بسبب عدم توفر هذه الفحوصات في الوقت المناسب والمطلوب.

5- تحسين الإجراءات المتبعة في إدخال الحالات المرضية الطارئة التي تفد للمستشفى وإجراءات تخريج المرضى وإخلاء الأسرة. ويمكن لهذه اللجنة تحديد معايير واضحة لإدخال وتخريج المرضى وذلك لكل حالة مرضية (تشخيص) حيث يمكنها تحديد ما يلي:

1- معيار الدخول لكل حالة مرضية.

2- الإجراءات التي تعتبر ضرورية ومتناسقة مع التشخيص (الفحوصات المخبرية والشعاعرية).

3- المضاعفات والتعقيدات المؤثرة على طول مدة الإقامة.

4- مدة الإقامة المتوقعة لكل مريض.

5- مؤشرات تخريج المريض.

وتقوم هذه اللجنة بدراسة البيانات والتقارير التي تعدها دائرة السجلات الطبية لهذا الغرض والتي تبين الاستخدام الفعلي للإمكانات المتاحة مثل طول مدة الإقامة للمرضى والإقامة قبل العملية والفحوصات المخبرية والشعاعية التي تم طلبها للمريض واية خدمات تشخيصية وعلاجية أخرى عملت للمرضى بهدف ضمان استخدام هذه لموارد بشكل اقتصادي وكفؤ.

7) لجنة الدواء والصيدلية Drug and Pharmacy Committee:

وتتولى هذه اللجنة مسؤولية رسم السياسات الطبية المتعلقة بتوفير واستعمال الأدوية في المستشفى وضبط استعمالها وتوزيعها بما يحقق الاستخدام الأمثل لها ودراسة وتقييم البيانات السريرية للأدوية الجديدة المقترح استعمالها بالمستشفى ورفع التقارير للهيئة الطبية حول فعاليتها واستعمالها في المستشفى أو عدم استعمالها. كما تقوم هذه اللجنة بتقديم النصح والمشورة للأطباء وإدارة المستشفى فيما يتعلق باختيار الأدوية من بين البدائل الكثيرة المطروحة في السوق والتي غالباً ما تكون متشابهة من حيث فعاليتها ومختلفة من حيث تكلفتها وبشكل عام تقوم هذه اللجنة بالمسؤوليات التالية:

1- دراسة وتقويم البدائل المختلفة من الأدوية المطروحة في السوق وتقديم النصح والتوصيات اللازمة بذلك للأطباء والصيدلية وإدارة المستشفى فيما يتعلق بشطب أو إضافة أية أصناف دوائية على قائمة الأدوية المعتمدة في المستشفى وبما يتضمن توفر الأدوية الفعالة والأقل تكلفة.

2- دراسة وتقويم البيانات السريرية المتعلقة بالأدوية الجديدة والمقترح استعمالها في المستشفى وتقويم فعاليتها ورفع تقارير بذلك للهيئة الطبية.

3- رقابة صرف واستعمال الدواء في المستشفى.

4- رسم السياسات المتعلقة بالأدوية والعقاقير الواجب توفرها في الظروف الطارئة.

5- التصريح باستعمال الأدوية التجريبية تحت قواعد وشروط محددة وواضحة.

6- حفظ السجلات الخاصة بالمضاعفات السلبية للأدوية.

وتتألف هذه اللجنة من أربعة أعضاء من الأطباء على الأقل ويعمل كبير الصيادلة في المستشفى كسكرتير لهذه اللجنة ويتحمل مسؤولية إبلاغها عن أية مخالفات للقواعد التنظيمية الخاصة بالأدوية والعقاقير في المستشفى.

8) لجنة السيطرة على العدوى Infection Control:

لما كانت احتمالات حدوث العدوى في بيئة المستشفى قائمة في أي وقت. لذلك فإن المسؤولية الأولى لهذه اللجنة هي السيطرة على احتمالات حدوث العدوى

وإبقاء مثل هذا الاحتمال عند أدنى حد ممكن ولا يمكن أن يتأتى ذلك للمستشفى إلا عن طريق التعليم المستمر لكافة العناصر العاملة في المستشفى حول الطرق والأساليب الممكنة لرقابة وضبط العدوى. وتتحمل لجنة ضبط العدوى في المستشفى مسؤولية إبقاء هذه الاحتمالات عند الحد الأدنى الممكن. ونظراً لأهمية هذه اللجنة والدور الذي يمكن أن يلعبه العاملين في المستشفى بمختلف مستوياتهم في مجال ضبط احتمالات العدوى فإن هذه اللجنة تتكون من ممثلين من الهيئة الطبية ودوائر المختبرات وغرف العمليات وهيئة التمريض والإدارة ومسؤولي النظافة والمطبخ والمغسلة. وتقوم هذه اللجنة بوضع السياسات والإجراءات المتعلقة بالكشف عن مصادر التلوث في المستشفى والقضاء عليها ورفع التقارير حول كافة حالات العدوى التي تحدث في المستشفى بين المرضى والعاملين كما تتحمل هذه اللجنة مسؤولية مراجعة السياسات والممارسات التي تؤثر على رعاية المريض بشكل دوري ويتضمن ذلك:

أ- التعليم والتدريب المستمر للعاملين في المستشفى حول أساليب وطرق الوقاية من العدوى وأساليب التطهير والتعقيم Aseptic techniques.

ب- مراجعة كافة السجلات المرضية للحالات التي أصيبت بالعدوى سواء من المرضى أو العاملين.

ج- الإجراءات المتعلقة بالكشف عن مصادر العدوى في المستشفى وبيان أسبابها ومكافحتها عن طريق أخذ المسحات Cultures وإجراء الدراسات الوبائية لتحديد مصادر العدوى والقضاء عليها.

د- وضع وتطوير ومراجعة السياسات المتعلقة باستعمال المضادات الحيوية وبشكل خاص الاستعمال الروتيني لهذه المضادات من قبل الأطباء كإجراء وقائي لمنع أو تقليل احتمالات حدوث العدوى بعد العمليات الجراحية وضرورة إجراء الزراعة الجرثومية للحالات المصابة بالعدوى قبل إعطاء المضادات الحيوية.

هـ- وضع التوصيات المناسبة بخصوص أساليب العزل والوقاية المستعملة في المستشفى وتحديد الأماكن التي يجب تقييد الحركة فيها والزيارة لها. وخاصة غرف العمليات وأقسام المعالجة المكثفة والحاضنات والتوليد، وغرف العزل.

و- تطوير الأساليب والإجراءات التي من شأنها المحافظة على مستوى عال من النظافة في أجنحة وممرات وقاعات المستشفى ومنشأته لتقليل احتمالات حدوث العدوى وانتشارها.

ز- مراجعة الإجراءات والأساليب المتبعة في دائرة التغذية فيما يتعلق بتحضير ومناولة الطعام وتبريد وخزن الأطعمة وصنع الثلج ونظافة وتعقيم الأدوات والأواني المستعملة في الطعام.

ح- مراجعة الإجراءات والأساليب المتبعة في دائرة المغاسل لضمان عدم حدوث العدوى.

ط- طرق التخلص من النفايات في المستشفى.

وتجتمع هذه اللجنة نصف شهرياً على الأقل وتقوم برفع تقاريرها إلى اللجنة التنفيذية.

اللجان الأخرى:

لقد تناولنا أهم اللجان المنبثقة من الهيئة الطبية في المستشفى والتي من شأنها مساعدة الهيئة الطبية على القيام بمسؤولياتها والتزامها في ضمان وتقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية الجيدة وبأقل كلفة ممكنة في المستشفى. إلا أنه يمكن للهيئة الطبية المشاركة في العديد من اللجان الأخرى في المستشفى مثل اللجنة المشتركة العليا ولجنة الطوارئ والعيادات الخارجية ولجنة رعاية المرضى ولجنة الكوارث ولجنة المكتبة والنشرات العلمية ولجنة الأبحاث وغيرها من اللجان التي يشترك في عضويتها عناصر عديدة من العاملين في المستشفى والتي من شأنها زيادة مشاركة الأطباء في إدارة المستشفى وتعزيز التزاماتهم تجاه تحقيق أهداف المستشفى المرسومة.

برامج التدريب الطبي:

رغم أن المسؤولية الرئيسية والأساسية للمستشفى هي تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية للمرضى إلا أن دور المستشفى في التدريب والتعليم الطبي هو أساسي أيضاً ويسهم إلى حد كبير في تحسين جودة الرعاية الطبية وزيادة مهارات وكفاءة الأطباء. وتعتبر برامج تدريب الأطباء على درجة كبيرة من الأهمية كما أنها ترتبط مباشرة بهدف تحسين جودة خدمات الرعاية لطبية التي يقدمها المستشفى. وعلى ذلك تدير المستشفيات الحديثة برامج لتدريب الأطباء حديثي التخرج Interns حيث يمضي هؤلاء سنة من التدريب في دوائر وأقسام وخدمات المستشفى وعلى أساس من التناوب في هذه الخدمات وتحت إشراف الطبيب الأخصائي المعالج أو رئيس الدائرة الطبية المعينة. كما تدير برامج تدريب وتعليم للأطباء المقيمين residents الذين يختارون أما للعمل أو للتدريب في المستشفى بهدف تأهيلهم ليصبحوا أطباء أخصائيين وعادة ما تكون سنوات التدريب من 2-5 سنوات تبعاً لموضوع التخصص أو التدريب، وتحدد الجمعية الطبية الأمريكية مواصفات وشروط محددة للبرنامج التدريبي المقبول بحيث لا تقل أسرة المستشفى الذي يدير مثل هذه البرامج عن 150 سريراً وأن لا تسند للطبيب الواحد مسؤولية لأكثر من 15-25 سريراً وأن لا تقل مجموع إدخالات المستشفى عن 5000 مريض في السنة إضافة إلى ضرورة توفر المراجع والكتب العلمية والنشرات والدوريات الطبية داخل المستشفى من خلال المكتبة الطبية او خارج المستشفى بالتعاون مع المستشفيات الأخرى في نفس المنطقة.

كما لابد من عمل الفحوصات التشريحية لنسبة لا تقل عن 25٪ من مجموع الوفيات في المستشفى.

ومما لاشك فيه أن نجاح مثل هذه البرامج يعتمد أولاً وأخيرا على مدى تفهم الهيئة الطبية لأهمية مثل هذه البرامج وتعاونها واستعدادها لإدارة مثل هذه البرامج والإشراف على تدريب الأطباء والمساهمة الفعالة من قبل الأطباء الأخصائيين إضافة إلى توفر الكتب والمراجع العلمية والدوريات والمجلات الطبية كما أسلفنا لتمكين الأطباء المتدربين من الإطلاع وإثراء الخبرات العملية التي يكتسبونها من خلال

التدريب بالمعارف النظرية المطلوبة. وكذلك عقد الاجتماعات الطبية المنتظمة والتي من شأنها رفع كفاءة ومهارات الأطباء وإثراء معارفهم.

التعليم الطبي المستمر:

تعتبر الاجتماعات الطبية التي تنظمها الهيئة الطبية سواء العامة منها (اجتماعات للهيئة الطبية ككل) او تلك التي تنظم على مستوى الأقسام والخدمات ذات أهمية كبيرة في التعليم والتدريب الطبي المستمر لأعضائها وتؤثر أكثر من أي عامل آخر على تحقيق هدف المستشفى بتقديم أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية الجيدة للمرضى. ولما كان الهدف من مثل هذه الاجتماعات الطبية هو تحسين جودة الرعاية الطبية فلابد لكل مستشفى من تنظيم مثل هذه الاجتماعات الطبية والاهتمام بها كأفضل وسيلة لزيادة مهارات ومعارف الأطباء ولتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى حيث لا يمكن عمل مثل هذه الاجتماعات بالتعاون مع المستشفيات الأخرى او الجمعيات الطبية. ومما يجدر ذكره ان الجمعية الأمريكية للاعتراف بالمستشفيات JCAH تشترط عقد مثل هذه الاجتماعات الطبية لضمان قيام الهيئة الطبية بمسؤولياتهم فيما يتعلق بتقديم خدمات طبية جيدة حيث يجري في هذه الاجتماعات عادة استعراض للأنشطة والأعمال الطبية التي يقوم بها الأطباء في علاج مرضاهم ومراجعتها وتحليلها وتقويمها للتعرف على النواحي الإيجابية والسلبية فيها وبذلك تسهم الهيئة الطبية بتعليم أفرادها وزيادة مهاراتهم بشكل مستمر.

وظائف المستشفى الحديث:

بالرغم من ان وظيفة رعاية المرضى ومصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفي والتي تتركز حولها كافة الأنشطة والمهام التي يقوم بها المستشفى لأداء هذه الوظيفة على أفضل وجه فهناك وظائف أخرى عديدة وعلى درجة كبيرة من الأهمية يفترض بالمستشفى القيام بها، وتُجمع الكتب والمراجع والمهنيين بموضوع الرعاية الطبية أن المستشفى وعلى اعتباره المؤسسة لصحية الرئيسة المسؤولة عن صحة المجتمع المحلي الذي يعمل فيه لابد له من القيام بالعديد من المهام والأنشطة الأخرى

والتي من شأنها تحسين عملية رعاية المرضى ورفع مستواها وزيادة مساهمة لمستشفى بمجهودات حفظ صحة المجتمع والفرد. ويحدد فريدمان خمسة وظائف أساسية للمستشفى الحديث تتلخص بما يلي:

1- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخلين.

2- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.

3- القيام بأنشطة التدريب والتعليم للمهنيين الصحيين العاملين في القطاع الصحي.

4- رفد المعرفة الطبية والصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال.

5- الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.

كما توصي لجنة خبراء منظمة الصحية العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمسة وظائف أساسية هي:

1- الوظيفة العلاجية.

2- الوظيفية الوقائية.

3- التدريب والتعليم.

4- الأبحاث الطبية والاجتماعية.

5- الخدمات الممتدة والاجتماعية.

وفيما يلي شرح موجز لكل من هذه الوظائف:

1- الوظيفة العلاجية.

مما لاشك فيه أن تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى ومصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى. حيث يركز المستشفى على تقديم أعلى مستوى ممكن من هذه الخدمات للمرضى الداخليين ومرض العيادات الخارجية والحالات الطارئة وتحسين جودة هذه الخدمات بشكل مستمر. ولما كانت الخدمات الاستشفائية الأكثر تكلفة بالمقارنة مع الخدمات الصحية الأخرى وعلى ضوء التكلفة المتصاعدة

لهذه الخدمات والتزايد المستمر للطلب عليها ومحدودية الموارد المتاحة لأي مجتمع فلابد للمستشفى من التركيز على كفاءة العملية الاستشفائية بما يضمن تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى بأقل كلفة ممكنة كهدف أساسي له. ولتحقيق هذه المعادلة الصعبة: خدمات رعاية جيدة بأقل كلفة ممكنة فلابد للمستشفى من التركيز على الناحية الاقتصادية للخدمة الاستشفائية وعلى كفاءة العملية الاستشفائية سيما وأن غالبية المستشفيات العامة منها والخاصة لا تهدف إلى تحقيق الربح كما أنها مقيدة بمحدودية الموارد. فالمستشفيات الخاصة لا يمكنها زيادة إيراداتها من عوائد خدماتها إلا بالحدود التي تسمح بها التشريعات المحددة والمنظمة لذلك كما أن المستشفيات العامة والتي هي موضوع اهتمامنا وتركيزنا هنا هي مقيدة بالإيرادات التي تحصل عليها من المال العام. وعلى ذلك فإن المدخل الوحيد والاكثر فعالية لضمان تقديم خدمات استشفائية جيدة بأقل كلفة ممكنة هو من خلال التركيز على كفاءة العملية الإدارية وهذا لا يتأتى إلى بتوفير الأطر الإدارية المؤهلة ومستويات جيدة من الإدارة يمكنها التعامل مع حقائق محدودية الموارد وارتفاع كلفة الخدمات الاستشفائية وبنفس الوقت تحقيق الهدف الأساسي للمستشفى والمتمثل بتقديم أفضل رعاية ممكنة للمريض بأقل كلفة ممكنة. وإذا كانت إدارة المستشفى لا يمكنها التحكم المباشر بكافة العوامل والمتغيرات المؤثرة على التكلفة وخاصة تلك التي تقع خارج السيطرة المباشرة لإدارة المستشفى إلا أنها يمكنها التحكم بالعديد من العوامل المرتبطة بكيفية استعمال خدمات ومرافق المستشفى حيث يمكن للإدارة التركيز على النقاط التالية للحد من التكلفة المتصاعدة للخدمات الاستشفائية وهي:

أ) قصر الإدخالات إلى المستشفى على الحالات المرضية التي تتطلب ذلك فعلاً.

ب) تقليل مدة إقامة المرضى في المستشفى إلى أدنى حد ممكن وتبعاً للحاجة الفعلية لهم.

ج) توفير خدمات بديلة للخدمات الاستشفائية الداخلية للمرضى الذين لا يحتاجون الدخول للمستشفى مثل خدمات العيادات الخارجية وخدمات المراكز والمستوصفات الطبية.

د) التأكيد على الجانب الوقائي عند التعامل مع الحالات المرضية التي تؤم المستشفى والكشف المبكر للمرض قبل استفحاله ومعالجته في مراحله الأولى.

ولغايات ضمان جودة الرعاية الاستشفائية للمرضى ومصابي الحوادث لابد لإدارة المستشفى من التركيز على النقاط التالية:

أ- مراعاة التصميم الجيد لأبنية ومنشآت المستشفى وبحيث يتم مراعاة الناحية العملية في التصميم لتسهيل تنفيذ الأنشطة.

ب- توفير القدرات الإدارية المؤهلة في مجال الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات.

ج- التخطيط الجيد لخدمات المستشفى وتوفير الخدمات المطلوبة لسد الاحتياجات الصحية الحاضرة والمستقبلية للمجتمع المحلي. ومن ثم المراجعة المستمرة وإعادة النظر في الخدمات والبرامج التي يقدمها المستشفى لتلبية الاحتياجات المستجدة والمتغيرة.

د- تنظيم المستشفى وتزويده بالأجهزة والمعدات والعناصر البشرية اللازمة والمؤهلة لضمان أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية.

هـ- ضرورة التعامل مع المريض كشخص بكليته Whole person وليس مجرد نظام بيولوجي يعاني من انحراف عن الوضع لطبيعي وبالتالي عليه الاستجابة لخدمات المستشفى الفنية. فقد أثبتت الكثير من الدراسات والأبحاث أن العوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليمية والسلوكية للفرد تؤثر على حدوث المرض كما أنها تؤثر على مسار المرض وعلى استجابة المريض للمعالجة. كما أشارت الكثير من الأبحاث إلى أهمية النواحي النفسية والمعنوية للفرد وأثرها على صحته وإلى العلاقة بين القلق والتوتر النفسي والاجتماعي للفرد وبين صحته الجسدية والعقلية وعلى ذلك لابد للمستشفى وإدارته وللمهنيين الصحيين الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية إدراك هذه الحقائق وعدم إهمالها عند التعامل مع المريض بكليته بما يمثله من أنظمة مختلفة تؤثر على صحته ومرضه ومدى استجابته للمعالجة التي يقدمها

المستشفى. ومن الأخطاء الشائعة للمستشفى في التعامل مع المرضى يمكن أن نذكر على سبيل المثال ما يلي:

1- عدم التقدير الصحيح لكرامة وإنسانية المريض حيث غالباً ما يتم مخاطبة المريض بإطلاق رقم مجرد عليه كأن يقال مريض رقم كذا وغرفة كذا. أو مخاطبته والتعريف عليه بالحالة المريضة التي يعاني منها فيقال مريض السكري. أو مريض القلب. مثلاً.

2- عدم التفهم الكافي لحاجة المرضى للراحة ولقدر من العزلة والوحدة والخصوصية.

3- التعامل مع المريض بكبرياء وعجرفة من قبل المهنيين الصحيين.

4- سوء التقدير لذكاء ونباهة المريض والافتراض الخاطئ بوجوب انصياع المرضى والتقيد بما يطلب منهم دون حاجة إلى تفسير وتوضيح ذلك لهم.

5- الافتراض الخاطئ بأن وقت المهنيين المتخصصين أكثر أهمية من وقت المريض.

6- فشل العاملين في المستشفى لفهم الخلفية الاجتماعية للمريض والمشاكل الاجتماعية المحتملة المؤثرة على مرضه.

و- اهتمام المستشفى بعمل كل من شأنه تثقيف المريض حول مرضه. فالمريض يملك حق معرفة كل ما يدور حول صحته ومرضه وبالتالي تمكينه من المساهمة بحماية صحته وتسريع عملية شفاءه واجتيازه لفترة المرض حيث أشارت الكثير من الدراسات إلى الأثر الإيجابي للتثقيف الصحي على النتائج النهائية لرعاية المرضى.

ز- التأكيد على أخلاقيات المستشفى Hospital Ethics ويشمل ذلك:

1- التأكيد على حقوق المريض واحترامها ويشمل ذلك المساواة بين المرضى فيما يتعلق بحقهم في العلاج وحسن المعاملة بغض النظر عن العرق أو الجنس أو الدين أو المركز الاجتماعي والاقتصادي، وحقه بتوفير قدر من العزلة والسرية له بغض النظر عن مركزه الاجتماعي أو الاقتصادي والمحافظة على سرية المعلومات

المتعلقة بمرضه، وحقه في الاستفسار والتوضيح حول مرضه. وحقه في رفض العلاج.

2- عدم التمييز بين المرضى تبعاً للون أو العرق أو الجنس أو المركز الاجتماعي والاقتصادي. فالرعاية الاستشفائية يجب تقديمها تبعاً لحاجة المريض.

3- يجب أن لا يتسبب المستشفى بأي أذى أو ضرر للمريض سواء كان ذلك جسدياً، اجتماعياً، أو عاطفياً.

توفير إقامة مناسبة لكافة المرضى تأخذ في اعتبارها المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمريض والاحتياجات الطبية له. ولسد الاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية للمريض لابد للمستشفى من توفير ثلاثة أنواع من الإقامة للمرضى كما يلي:

- غرف خاصة بسرير واحد لذوي الدخل المرتفع.
- غرف شبه خاصة. بسريرين أو أكثر لمتوسطي الدخل.
- قاعات تحتوي على عدد من الأسرة للفقراء.

ولسد الاحتياجات الطبية للمرضى لابد من توفير عزل خاصة للحالات المرضية التي تستدعي ذلك وبغض النظر عن المركز الاجتماعي والاقتصادي لهم.

2- الوظيفة الوقائية:

بالرغم من أن المستشفيات وُجدت أصلاً لتقديم الخدمات العلاجية للمرضى ومصابي الحوادث تجمع الكتب والمراجع العلمية في مجال إدارة المستشفى على وجوب قيام المستشفى بدور نشط في وقاية أفراد المجتمع من الأمراض ويعتبر بعض الباحثين دور المستشفى الوقائي جزء من أخلاقيات المستشفى للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقه كمؤسسة اجتماعية نشيطة من مؤسسات المجتمع المحلي. كما أن هنالك اتجاه عالمي عام نحو وجوب قيام المستشفى بدوره الصحيح في مجال حفظ وصيانة صحة المجتمع المحلي لمايتوفر لديه من إمكانات وطاقات فنية وبشرية كبيرة تمكنه من القيام بدور

ملموس في هذا الاتجاه وعلى اعتباره المؤسسة الرئيسية التي تقدم الخدمات الصحية للمجتمع. ويمكن تصنيف الخدمات الوقائية على ثلاثة مستويات هي:

أ) خدمات الوقاية الأولية Primary Prevention:

وهي خدمات محددة ومباشرة يجري تخطيطها وتقويمها لوقاية الأفراد من الأمراض والنمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم والتحصين الجماعية أو الموجهة لمجموعات سكانية محددة. كما تدخل خدمات ترقية الصحة Health promotion ضمن هذا المستوى كجزء من الخدمات الوقائية الأولية. وتركز هذه الخدمات بشكل أساسي على العوامل البيئية المؤثرة على الصحة مثل الوقاية والسيطرة على تلوث الماء والهواء والطعام، ومكافحة الحشرات والقوارض الناقلة للمرض، والتخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة، وتحسين ظروف الإسكان وصحة المسكن، وتقليل الحوادث بأنواعها المختلفة وغيرها من الأمور البيئية المؤثرة على الصحة والتي تقع في غالبيتها خارج نطاق الفعل والسيطرة المباشرة للمستشفى. وإذ كان المستشفى لا يمكنه عمل الكثير للتأثير على هذه العوامل إلا نه يمكنه المشاركة بأنشطة الوقاية من الأمراض عند هذا المستوى عن طريق ما يلي:

1- المشاركة بحملات التطعيم والتحصين الموجهة نحو حماية أفراد المجتمع من الأمراض بالتعاون والتنسيق مع مؤسسات الصحة العامة وتقديم الدعم والإسناد الفني اللازم لذلك.

2- المشاركة في برامج التثقيف الصحي للمجتمع ويمكن للمستشفى القيام بذلك من خلال:

(أ) برامج التوعية والتثقيف الصحي الموجهة نحو جماعات محددة من السكان كالأمهات والحوامل وطلاب المدارس للمساهمة في خلق مجتمع واع صحياً يستطيع أن يساهم في حماية نفسه والمحافظة على صحة أفراده. ويمكن تقديم مثل هذه البرامج من خلال المراكز الصحية المرتبطة بالمستشفى بالنسبة للأمهات والحوامل ومن خلال الصحة المدرسية داخل المدارس بالنسبة للطلاب.

(ب) استخدام وسائل الإعلام الجماهيري من خلال البرامج الصحية الموجهة للتأثير على السلوكيات السلبية للأفراد وبناء السلوك الصحي الإيجابي لديهم.

(ج) دعم برامج تنظيم الأسرة وبرامج الصحة العامة بالتعاون والتنسيق مع المؤسسات والدوائر الصحية والاجتماعية الأخرى العاملة في المجتمع.

3- التثقيف لصحي للمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين عبر الوسائل التكنولوجية المتاحة له كدوائر التلفزيون المغلق.

ويمكن لهذه البرامج التركيز على بعض المشاكل الصحية الهامة وطرق الوقاية منها إضافة إلى التركيز على العادات والممارسات المضرة بالصحة كالتدخين وتعاطي المسكرات والقيادة الخطرة للمركبات. كما يمكن للمستشفى طبع وإصدار بعض الكتيبات الصحية الإرشادية وتوزيعها على المرضى والزوار لزيادة الوعي الصحي لديهم حيث يمكن لهذه الكتيبات التعامل مع الكثير من المشاكل الصحية وطرق الوقاية منها.

4- التعاون والتنسيق مع دوائر ومؤسسات الصحة العامة وصحة البيئة فيما يتعلق بتحسين الظروف البيئية في المجتمع المحلي والتأثير عليها. ولقيام المستشفى بدوره الصحيح والمطلوب في مجال الخدمات الوقائية لابد له من تطوير علاقات فعالة مع دوائر الصحة العامة وصحة البيئة وهذا لا يتأتى إلا من خلال التنظيم الإقليمي والإدارة الإقليمية للخدمات الصحية لضمان التكامل والتنسيق بين مؤسسات الخدمات الصحية وبحيث يعمل المستشفى كجزء من النظام الصحي الإقليمي للمنطقة الجغرافية التي يعمل فيها ويتفاعل معها.

ب) الخدمات الوقائية الثانوية Secondary prevention:

تركز هذه الخدمات على الكشف المبكر عن المرض وعلاجه وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها وخدمات المسح الصحي الشامل او المسوحات الصحية المختارة لمجموعة سكانية محددة، والفحوصات الطبية الدورية لبعض الفئات التي لديها قابلية للإصابة بمرض ما. ويتوفر للمستشفى فرصة أكبر

للقيام بالخدمات الوقائية والمشاركة بأنشطتها عند هذا المستوى عنه في المستوى السابق حيث يمكن له القيام بما يلي:

(أ) اكتشاف الأمراض الكامنة لدى المرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية عن طريق القيام ببعض الفحوصات الروتينية البسيطة لهؤلاء المرضى كقياس ضغط الدم وتخطيط القلب للمرضى الذين يتجاوزون الخامسة والثلاثين من العمر لاكتشاف أمراض ضغط الدم والفحوص الروتينية للبول لاكتشاف أمراض السكر وغيرها من الفحوص البسيطة الأخرى ومن ثم علاجها في مراحلها الأولى.

(ب) المساهمة الفعالة في حملات المسح الصحي الموجهة نحو تقصي الأمراض والكشف عنها في المجتمع المحلي وخاصة المسوحات الصحية المختارة والموجهة نحو مجموعات سكانية محددة بهدف التعرف على الوضع الصحي السائد في المجتمع وتحديد الأمراض والمشاكل الصحية المنتشرة فيه وبالتالي الوقوف على الاحتياجات الصحية الفعلية وأولوياتها والعمل على تلبية هذه الاحتياجات من خلال تخطيط وتعديل وتوجيه البرامج والأنشطة الصحية للمستشفى.

ج) الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة Tertiary Prevention:

وهي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص وتهدف إلى إعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث وتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة ومنتجة إلى حد ما. وتعرف لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية للتأهيل الطبي خدمات إعادة التأهيل كما يلي "الاستعمال المنظم والمنسق للمعايير والمعرفة الطبية، الاجتماعية، التعليمية والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من القدرة على العمل". وقد ازدادت أهمية هذه الخدمات في مجال الرعاية الصحية للأفراد حيث تعتبر المرحلة الرابعة والأخيرة لهذه الخدمات بعد خدمات ترقية الصحة، والوقاية من الأمراض. والخدمات العلاجية.

وتقوم المستشفيات بدور هام في مجال خدمات إعادة التأهيل وذلك أما من خلال مراكز التأهيل المتخصصة أو من خلال أقسام ودوائر التأهيل الملحقة بالمستشفيات العامة حيث يعتمد هذا الأمر على مدى الحاجة لمثل هذه الخدمات

ومدى توفر الإمكانات الفنية والمادية والبشرية اللازمة لها سيما وأنها تقوم على مجهودات فريق متعدد الاختصاصات من أطباء وممرضات وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين وأخصائي العلاج الفيزيائية والمهني وغيرهم. وتسهم هذه الخدمات بصحة الأفراد بطريقتين كما يلي:

أ- مساعدة المرضى وضحايا الحوادث الذي يعانون من إعاقات وعجز محتم على الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من اللياقة والقدرة الجسدية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتمكينهم من الاعتماد على أنفسهم وممارسة حياة طبيعية منتجة قدر الإمكان.

ب- منع حدوث الإعاقات والعجز خلال فترة علاج المرضى في المستشفى وخاصة الإعاقات والعجز الناتج عن الفترات الزمنية الطويلة من العلاج مثل تصلب العضلات والهزال الذي يمكن أن ينتج عن الفترات الطويلة من السكون وعدم الحركة، ومنع القلق والتوتر المصاحب عادة لحالة المرض والإصابة.

3- وظيفة التدريب والتعليم:

يختلف حجم نشاط التدريب والتعليم الذي تقوم به المستشفيات من مستشفى لآخر حسب حجم المستشفى ونوعه. فنجد أن المستشفيات الكبيرة الحجم تقوم بنشاط تعليمي وتدريبي أكبر من المستشفيات الصغيرة كما أن المستشفيات التعليمية المرتبطة بكليات الطب تقوم بنشاط تعليمي وتدريبي أكثر منها في المستشفيات غير التعليمية. وإذا كان هذا النشاط يختلف من مستشفى لآخر كما أسلفنا إلا أنه يعتبر من الوظائف الهامة والأساسية والتي يجب أن تقوم به أي مستشفى وبصرف النظر عن حجمه ونوعه. فلكي يستطيع المستشفى القيام بالوظيفة الأولى والأساسية له وهي تقديم أفضل رعاية طبية ممكنة للمرضى ومصابي الحوادث وتحسين هذه الرعاية بشكل مستمر فلابد من قيامه بقدر ما من أنشطة التدريب والتعليم لرفع كفاءة العناصر البشرية العاملة فيه وإكسابهم مهارات ومعارف جديدة ومتطورة من شأنها تحسين ورفع مستوى الرعاية الطبية للمرضى. ويتضمن ذلك تدريب الأطباء والممرضات وكافة المهنيين والفنيين العاملين في المجال الطبي كما يشمل تدريب وتعليم

طلبة الدراسات العليا في إدارة المستشفيات وإكسابهم الخبرات العملية المطلوبة في الإدارة قبل ممارستهم العملية لإدارة المستشفيات.

ويعتبر المستشفى المكان الأنسب والأمثل للتدريب العملي لكافة المهنيين الصحيين لما يتوفر له من إمكانات فنية وبشرية وأجهزة ومعدات ومعامل لا تتوفر لغيره من المؤسسات. ولكونه المكان الذي يتم فيه استقبال وعلاج مختلف الحالات المرضية. مما يجعل منه المكان الوحيد والذي لا بديل عنه لتدريب الأطباء والممرضات وتطبيق ما تعلموه من معارف أكاديمية وهو ما يعرف بالتعليم السريري Clinical Education. ومن ناحية أخرى فإن تدريب وتعليم الأطباء والممرضات بعد التخرج ومزاولة العمل هو عملية مستمرة لا تتوقف طالما أن هنالك تقدم مستمر في المعرفة الطبية والعلوم المساندة لها ويتم مثل هذا التدريب من خلال الدراسات العليا وهو ما يعرف بالتدريب الرسمي ومن خلال الممارسة والعمل اليومي للطبيب والممرضات وغيرهم وهو ما يعرف بالتعليم غير الرسمي والذي هو على جانب كبير من الأهمية لزيادة إثراء معارف الطبيب وتطويرها بشكل مستمر. وينطبق ذلك على كافة المهنيين والفنيين الصحيين العاملين في الميدان الصحي كالأخصائيين الاجتماعيين واخصائي التغذية والسجلات الطبية والإحصاء الطبي وفنيي المختبرات والأشعة والعلاج الطبيعي وغيرهم إذ لابد أن يتلقوا التدريب العملي اللازم في المستشفى وتطبيق ما تعلموه في بيئة المستشفى.

كما ويترتب على قيام المستشفى بأنشطة التدريب والتعليم مواجهة عدد من القضايا والمسائل الهامة كما يلي:

أ- توفير المستلزمات المادية المطلوبة لعملية التدريب والتعليم مثل الأجهزة والمعدات، والمساحات الكافية لذلك من غرف صفية وقاعات تدريس، وغرف العرض والمشاهدة وغرف لطلبة الطب لمراقبة عمليات التشخيص والعلاج أو المشاركة فيها، وتوفير الكتب والمراجع العلمية.

ب- زيادة الطلب على خدمات وتجهيزات المستشفى من أسرة ومختبرات وأشعة وغيرها. وما يترتب على ذلك من نفقات وتكاليف إضافية لابد من تحملها وتدبير

التمويل اللازم لها وبالتالي زيادة تكلفة التشغيل الكلية للمستشفى التعليمي مقارنة بالمستشفيات غير التعليمية.

ج- توفير العناصر البشرية المطلوبة كما ونوعاً للقيام بأنشطة التعليم والتدريب ويشمل ذلك كبار الأطباء من ذوي التخصصات العالية كأعضاء هيئة التدريس، وفنيي المختبرات والمعامل وغيرهم من أصحاب الاختصاصات الأخرى لمواجهة زيادة عبء العمل في المستشفى التعليمي وما يترتب على ذلك من ارتفاع في تكلفة الرواتب والعنصر البشري.

د- إيجاد التمويل اللازم لتوفير المنشآت والأجهزة المطلوبة وتشغيلها وصيانتها، وتوفير العنصر البشري اللازم مما يزيد من نفقات الاستثمار الرأسمالي والنفقات التشغيلية وما يتطلبه ذلك من اعتمادات ومخصصات مالية دورية تزيد من تكلفة الخدمات الاستشفائية وتجعلها أكبر من المستشفيات غير التعليمية.

هـ- التدخل في إدارة المستشفى من قبل أعضاء هيئة التدريس في كلية الطب التي يرتبط بها المستشفى. حيث يصر هؤلاء على المشاركة في إدارة المستشفى الأمر الذي ينتج عن مشاكل تعود لقضايا السلطة والمسؤولية في المستشفى واختلاف على الأولويات حيث يميل الأطباء إلى الاهتمام بالنواحي الفنية والتركيز عليها بشكل أكبر من اهتمامهم بالنواحي الإدارية. وإذا كان ذلك سينتج حتما عنه رعاية طبية أفضل وأعلى مستوى إلا أنه سيؤثر على كفاءة التشغيل ويزيد من التكلفة الكلية لها.

و- والنقطة الأخيرة والهامة هنا هو أن استعمال المريض كمادة تعليمية في التعليم والتدريب الأكلينيكي الطبي قد يحدث رد فعل من جانب المريض ويزيد من حساسيته إذا ما شعر بأن الأطباء يهتمون به كحالة مرضية خاصة وليس كشخص له أحاسيسه ومشاعره وآلامه وآماله. وهنا لابد من التأكد على حقوق المريض التي سبق ذكرها وضرورة اعتبار المريض أهم شخص في بيئة المستشفى وهذا يتطلب بالطبع من إدارة المستشفى وضع سياسة واضحة ومحددة بهذا الشأن وتوضيحها لكافة العاملين في المستشفى كما يعتمد على مدى التزام الإدارة والعاملين في المستشفى بهذه السياسة ومراعاتها عند التعامل مع المريض.

4- الوظيفة البحثية:

لما كان الهدف النهائي للبحث الطبي وللبحوث الأخرى في مجال العلوم الطبية المساندة هو الإضافة إلى المعرفة والعلوم الطبية وإثراءها والتي تنعكس بدورها على تحسين خدمات رعاية وعلاج المرضى فلابد لكل مستشفى وحسب إمكاناته من القيام بدور ما في مجال البحث العلمي.

ويمكن تقسيم البحوث التي تقوم بها المستشفيات إلى بحوث طبية وبحوث إدارية. وتشمل الأولى الفحوصات والبحوث المخبرية التي تتطلبها عملية علاج المرضى كما تشمل البحوث الطبية المخططة والهادفة إلى تحسين عملية رعاية المرضى وعلاجهم.

أما البحوث الإدارية فتتضمن مدى واسع يشمل كافة الأنشطة والخدمات التي تدعم الرعاية الطبية كالبحوث الإدارية وبحوث التمريض وخدمات الطعام والتدبير المنزلي وغيرها. وللقيام بالمهمة البحثية الطبية تحتاج المستشفيات إلى موارد وإمكانات متعددة تشمل الأطباء المتخصصين لقيادة برامج الأبحاث، والعناصر البشرية المساعدة من باحثين وفنيين وعلماء وغيرهم، توفير الحيز المطلوب والمناسب والمختبرات والمعدات والتجهيزات التكنولوجية والمواد الخام بالإضافة إلى المرضى.

وإذا كانت الإضافة إلى المعرفة الطبية لا يمكن أن تتم إلا عن طريق إجراء الأبحاث. ولما كانت الأبحاث التي تجري على المرضى تتضمن دائماً قدراً من المخاطرة والنتائج غير المتوقعة أو المرغوبة فلابد من مراعاة عدد من النقاط الهامة عند إجراء الأبحاث على المرضى.

أ- الحصول على موافقة المريض قبل إخضاعه للبحث أو التجربة.

ب- الحصول على موافقة إدارة المستشفى بصفتها المسؤولة أولاً وأخيرا عن رعاية وعلاج المريض.

ج- إخضاع الأبحاث إلى الإشراف والرقابة المستمرة من قبل لجنة الأبحاث في المستشفى.

د- قيام الباحث بوضع خطة مفصلة عن البحث الذي سيجريه ورفعه إلى لجنة الأبحاث التي تقوم بدراسته وبيان فوائده ومحاذيره المحتملة ومن ثم التوصية بالموافقة عليه أو رفضه.

هـ- المحافظة على خصوصيات وأسرار المرضى الذين تجري عليهم الأبحاث وعدم الإفضاء بأية معلومات من شأنها الكشف عن هوية المريض والإساءة إليه.

5- الخدمات الممتدة إلى المنزل:

إن المستشفى العام كمركز رئيسي لصحة المجتمع المحلي الذي يعمل فيه وكمؤسسة اجتماعية نشطة من مؤسساته دائمة التأثر والتأثير بالبيئة المحيطة لا ينبغي له اقتصار دوره على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها ويسعى في الحصول عليها داخل أسواره بل لابد له من توسيع أنشطته والخروج بها إلى المدى الكامل من خدمات الرعاية الطبية الذي يفترض فيه تقديمه (ابتداء من خدمات ترقية الصحة وانتهاء بخدمات التأهيل) لابد له كذلك من مد خدماته خارج أسواره لتصل إلى بعض المرضى في بيئتهم المنزلية وخاصة الحالات المرضية المزمنة التي لا تتطلب الرعاية الطبية المركزة في المستشفى والتي قد لا تتمكن من الحضور إلى المستشفى لمتابعة العلاج. حيث يمكن للمستشفى إدارة وتنظيم برامج الرعاية الممتدة إلى المنزل Extended Care وخاصة للمرضى كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب وقتاً طويلاً من العلاج والتي لا تتطلب حضور المريض للمستشفى حيث يمكن رعاية مثل هؤلاء المرضى والإشراف عليهم من قبل الممرضات المتخصصات وخدمات الطبيب العام في منازلهم.

ونظراً لما لمثل هذه الخدمات الممتدة من فوائد اقتصادية واجتماعية واضحة للمستشفى وللمجتمع ككل تدير الكثير من المستشفيات العامة في الدول المتقدمة كبريطانيا وأمريكا مثل هذه البرامج الممتدة إلى المنازل لكونها ذات تكلفة أقل بكثير من تكلفة الرعاية في المستشفى علاوة على توفير أسرة المستشفى للحالات المرضية التي تحتاج للرعاية الاستشفائية. هذا بالإضافة إلى الفوائد الاجتماعية لمثل هذه الخدمات التي يمكن معها إبقاء المريض في منزله وين أفراد أسرته والإشراف عليه دون

أن يتحمل مشاق الانتقال إلى المستشفى ومن هنا جاء تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى شاملاً بحيث نص على هذه الخدمات لما لها من فوائد اقتصادية واجتماعية لكل من المريض والمستشفيات.

انواع المستشفيات وخصائصها:

يمكن تصنيف المستشفيات وتقسيمها وفقاً لمعايير عديدة ومن أكثر هذه المعايير قبولاً وشيوعاً هو معيار الملكية والإدارة أي حسب الجهة التي تملك وتمول وتدير المستشفى، حيث تقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة. وتتضمن المستشفيات الحكومية كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة وهذه المستشفيات قد تتبع جهات حكومية متعددة كوزارة الصحة، والداخلية، والدفاع، والبحرية وغيرها من الجهات الرسمية. أما المستشفيات الخاصة فتشمل كافة المستشفيات التي تتبع في ملكيتها القطاع الخاص حيث يتم إدارة وتمويل هذه المستشفيات من قبل القطاع الخاص وهذه المستشفيات قد تكون مملوكة من قبل فرد أو مؤسسة أو اتحاد أو جمعيات خيرية. وقد تكون مستشفيات ربحية (تسعى لتحقيق الأرباح كهدف لها) شأنها شأن أية مشروعات للأعمال وقد تكون خيرية (لا تهدف إلى تحقيق الربح). اما المعيار الآخر الأكثر قبولاً وشيوعاً لتصنيف المستشفيات فهو المعيار الإكلينيكي أي حسب الخدمة التي تقدمها المستشفيات وتقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى مستشفيات عامة General Hospital ومستشفيات متخصصة Specialty Hospital والمستشفى العام هو الذي يحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة وهي خدمات الطب الباطني، والجراحة، والأطفال، وخدمات أمراض النساء والولادة. كما يمكن أن يضم الخدمات الأخرى مثل: طب الأنف والأذن والحنجرة، وطب العيون، وطب العظام والطب النفسي وغيرها من الخدمات هذا علاوة على ما يقابل كل هذه الخدمات من خدمات مناظرة لها في العيادات الخارجية للمستشفى العام بالإضافة إلى خدمات الطوارئ. اما المستشفى المتخصص فهو الذي يقدم خدمة واحدة فقط أو أكثر من هذه الخدمات وليس كلها. كمستشفى العيون، ومستشفى العظام، والأطفال، والولادة،

والقلب، والأمراض الصدرية، وغيرها. وجدير بالذكر أن المستشفيات في بداياتها الأولى ظهرت كمستشفيات عامة General تقدم كافة الخدمات الأساسية في الطب والجراحة، إلا أنه ومع التزايد السريع والنمو الكبير للمعرفة والعلوم الطبية في الفترة بين 1930-1950 وما رافق ذلك من اتجاه نحو التخصص الدقيق في الطب ظهرت المستشفيات المتخصصة وأصبحت النمط الأكثر شيوعاً في تلك الحقبة الزمنية وحتى الستينات من القرن الماضي. ثم عاد الاهتمام والتركيز ثانية على المستشفيات العامة كمراكز رئيسية لصحة المجتمع المحلي وكنقطة ارتكاز للنظام الصحي الكلي بصفتها النموذج الأكثر قدرة على تقديم خدمات رعاية طبية شاملة ومتكاملة وبما ينسجم مع المفهوم الحديث والصحيح للرعاية الطبية حيث اتضح للمسؤولين والمهتمين بموضوع الرعاية الطبية أن المستشفيات المتخصصة لا يمكنها تحقيق التنسيق والتكامل المطلوب في الرعاية الطبية سيما وأن الرعاية الطبية الحديثة تقوم على مجهودات فريق متكامل ومتعدد الاختصاصات الأمر الذي يؤدي إلى تجزئة الرعاية الطبية وانعزال الفريق الطبي في المستشفى المتخصص بالإضافة إلى صعوبة تحقيق الاستخدام الأمثل والكفؤ للموارد والتجهيزات المرتفعة التكلفة في المستشفيات المتخصصة. ونتيجة لما تقدم اقتصر دور المستشفى المتخصص على كونه مركزاً طبياً متخصصاً للبحوث والتدريب والعلاج يحال إليها المرضى من المستشفى العام لتلقي خدمات رعاية طبية متخصصة ودقيقة وهو ما يسمى بالمستوى الثالث من الرعاية Tertiary Care كجراحة القلب، والكلى والأعصاب، والأطفال وغيرها من التخصصات الدقيقة. وبالمقابل تم التركيز على المستشفى العام كمركز رئيسي لخدمة صحة الفرد والمجتمع وما يمكن أن يقدمه من خدمات رعاية طبية شاملة وكنواة لتنسيق وتكامل وترابط خدمات لرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة.

وهنالك معايير أخرى يمكن استعمالها لتصنيف المستشفيات مثل معيار معدل مدة إقامة المرضى في المستشفى حيث تقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى مستشفيات الإقامة القصيرة وهي المستشفيات التي يقل فيها معدل الإقامة عن 30 يوماً لما يزيد عن 50٪ من المرضى ومستشفيات الإقامة الطويلة وهي التي تزيد فيها معدل هذه الإقامة عن 30 يوماً لما يزيد عن 50٪ من المرضى. ومعيار حجم (عدد

الأسرة) حيث يمكن تقسيم المستشفيات إلى مستشفى صغير الحجم تتراوح أسرته بين 50-100 سرير وهو ما يسمى بمستشفى الريف Rural Hospital ويقدم عادة خدمات الرعاية الأولية والمستشفى المتوسط الحجم وتتراوح أسرته من 100-300 سرير وهو ما يسمى بمستشفى المنطقة District Hospital ويقدم عادة ما يعرف بخدمات الرعاية الثانوية Secondary Care ومستشفيات كبيرة الحجم وتتراوح أسرتها من 200-1000 سرير وهو ما يعرف بالمستشفى الإقليمي Regional Hospital ويقدم عادة مزيج من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصصة وجدير بالذكر أن تصنيف المستشفيات حسب الحجم هو تصنيف نسبي وعام يختلف من دولة لأخرى فما يعتبر مستشفى متوسط الحجم في بلد ما قد يعتبر مستشفى كبير الحجم في بلد آخر. وما يعتبر مستشفى كبير الحجم في بلد ما قد يعتبر مستشفى متوسط الحجم في بلد آخر.

كما تقسم المستشفيات حسب معيار التعليم إلى مستشفيات تعليمية ومستشفيات غير تعليمية. والمقصود بالمستشفيات التعليمية هنا هي المستشفيات الجامعية التابعة لكليات الطب أو المرتبطة معها حسب ترتيبات معينة لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض وطلبة الدراسات الطبية العليا. وعادة ما يتطلب القيام بنشاط التعليم والتدريب الطبي توفير الإمكانات البشرية والمادية اللازمة كأساتذة الطب والباحثين والمختبرات ومتطلبات للقيام بنشاط التعليم. أما المستشفيات غير التعليمية فهي التي لا تدير برامج لتعليم وتدريب طلبة لطب. إلا أنه يجب أن لا يفهم من ذلك أن المستشفيات غير التعليمية لا تمارس أنشطة التعليم والتدريب للأطباء والمرضات والمهنين الصحفيين الآخرين. فالمستشفيات الحديثة بمختلف أنواعها وأحجامها تمارس مقداراً من أنشطة التدريب والتعليم إلا أن حجم هذا النشاط يختلف من مستشفى لآخر حسب حجمه وإمكاناته وأهدافه المرسومة. إضافة إلى أن القيام بأنشطة التعليم والتدريب هو جزء من أخلاقيات المستشفى ووظيفة من وظائفه الأساسية لدعم وترقية مستوى الرعاية الطبية المقدمة للمرضى. كما أن المستشفى هو المكان الوحيد والملائم لتدريب وتعليم الأطباء والمرضات ومختلف المهنين العاملين في الرعاية الطبية لما يتوفر له من إمكانات بشرية ومادية وتكنولوجية لا تتوفر في أي مكان آخر.

والنقطة الهامة هنا أنه ولغايات الدقة في تصنيف المستشفيات لابد من مراعاة أخذ المعايير معا. فالمستشفيات بشكل عام المتخصصة منها والعامة قد تتبع في ملكيتها وإدارتها القطاع العام كما قد تتبع القطاع الخاص كما ان مستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص قد تكون مستشفيات عامة وقد تكون مستشفيات متخصصة وهذه بدورها قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة وقد تكون مستشفيات للإقامة القصيرة.

الفصل الخامس

التخطيط الاستراتيجي في المنظمات الصحية

- مقدمة
- مفهوم التخطيط
- مواصفات التخطيط
  - أنواع التخطيط
  - الإطار الزمني للتخطيط
  - مداخل التخطيط
- مخرجات علمية التخطيط:
  - الرسالة.
  - الأهداف
  - الاستراتيجيات والبرامج العملية.
  - السياسات والإجراءات.
- عملية التخطيط الاستراتيجي ومراحلها

الفصل الخامس

التخطيط الاستراتيجي في المنظمات الصحية

مقدمة:

أشرنا في الفصل الثاني إلى ان التخطيط وظيفة إدارية ذات طبيعة فنية تتمكن المؤسسات الصحية من خلالها من التعامل مع الحاضر وتوقع المستقبل. وتتضمن وظيفة التخطيط اتخاذ القرارات وتحديد البدائل فيما يتعلق بما يجب عمله وأين يعمل؟ وكيف سيتم عمله؟ كما أشرنا إلى مركزية وظيفة التخطيط كونها الوظيفة الإدارية التي تسبق الوظائف الإدارية الأخرى وحجر الزاوية لها حيث أن القيام بالوظائف الإدارية الأخرى من تنظيم وتوجيه ورقابة وتخصيص الموارد يتم على أساس ما تم تحديده من أهداف واستراتيجيات وبرامج كمخرجات لعملية التخطيط.

وتزداد أهمية التخطيط في المؤسسات الصحية على ضوء التغيير الكبير الحاصل في البيئة الخارجية بكافة أبعادها مما يجعل مهمة ضمان بقاء المؤسسة الصحية المهمة الأولى والرئيسة للمدراء الصحيين وخاصة مع اشتداد درجة المنافسة والضغوطات التي تفرض على المؤسسة الصحية مما يجعل مهمة التخطيط الاستراتيجي المهمة الاولى والأكثر أهمية للمدير الصحي. وتزداد أهمية التخطيط في المنظمات عموماً للأسباب التالية:

1- نمو المنظمات في الحجم والتوسع في مجالات الأنشطة والخدمات التي تقدمها.

2- التقدم المعرفي والتكنولوجي في المجال الصحي والتغيير المتسارع في هذا الشأن.

3- التغييرات الاقتصادية في مجال الأسعار والأجهزة والأدوية والتغيير في الدخل الفردي والأسرى وإلى غير ذلك من تغييرات اقتصادية.

4- التغيرات الاجتماعية كتغير القيم والعادات والسلوك ونمط الحياة وأسلوب السكن والمعيشة.

5- التغير في السياسات الصحية وسياسات تمويل الخدمات الصحية والتشريعات والقوانين.

6- التغيرات الديموغرافية كتغير حجم السكان والتوزيع العمري والجغرافي.

إن جملة هذه التغيرات تجعل عملية التخطيط الاستراتيجي على درجة كبيرة من الأهمية لتمكين المنظمات الصحية من استقراء المستقبل والتكيف مع البيئة الخارجية الآخذة بالتعقيد.

ومن خلال عملية التخطيط الاستراتيجي، يمكن الإجابة على الأسئلة التالية:

1- كيف يمكن للمنظمة الصحية أن تتوقع وتستطلع المستقبل؟

2- كيف تتكيف مع البيئة الخارجية والداخلية؟

3- كيف نحدد الأهداف الاستراتيجية وما الذي يؤثر على تحديد هذه الأهداف؟

4- كيف تقوم المنظمة الصحية بتطوير استراتيجيات خاصة وبرامج تشغيلية لتحقيق الأهداف؟

5- كيف تقوم بعملية المزج والتكامل ما بين الهيكل التنظيمي والناس والتكنولوجيا والأعمال وتوظيف الموارد من اجل مواكبة وتلبية الحاجات الحاضرة والحاجات المستقبلية؟

مفهوم التخطيط:

يمكن التعرف على مفهوم التخطيط من خلال جملة من الخصائص والصفات المميزة للتخطيط والمرتبطة به كما يلي:

1- التخطيط نشاط يتعلق بالمستقبل حيث انه ينصب على استقراء المستقبل وتوقع إحداثه وتحديد ما يجب عمله والطريقة التي سيتم اتباعها لتحقيق ما نريد عمله.

2- يتضمن التخطيط اتخاذ القرارات حول ما يراد عمله وكيفية العمل ومتى يعمل وأين وهذا يتطلب تقويم البدائل الممكنة واختيار البديل الأفضل إضافة إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد اللازمة لتحقيق ما يراد تحقيقه.

3- التخطيط عملية ديناميكية مستمرة تتضمن وضع الخطة وتنفيذها ومن ثم تقويم ما تم تحقيقه وهذا يعني ضرورة إعادة النظر في الخطة من جديد وبشكل مستمر وفقاً للعوامل الخارجية والداخلية التي تؤثر على تنفيذ الخطة. وعلى ذلك فإن التغيير والتعديل هما من أهم خصائص التخطيط.

على ضوء هذه الصفات المميزة لنشاط التخطيط يمكن تعريف التخطيط بعملية منظمة تنصب على التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقويم الأوضاع الحاضرة واتخاذ القرارات المتعلقة بتوجه المنظمة المستقبلي وخططها وبرامجها وتخطيط الموارد اللازمة لذلك. وهذا يتيح للمنظمة تحديد ما تريد تحقيقه من أهداف وطريقة تحقيقها. وعلى ذلك فإن عملية التخطيط تتضمن سلسلة من الأنشطة كما يلي:

1- تقويم المعلومات والبيانات عن المنظمة والبيئة الخارجية.

2- عمل افتراضات حول المستقبل.

3- تقويم الأهداف الحالية وتحديد أهداف جديدة أو تعديل الأهداف الحالية.

4- صياغة الاستراتيجيات وبرامج التشغيل التي من شأنها تحقيق الأهداف المحددة.

خصائص التخطيط:

هنالك عدد من المفاهيم الشائعة الاستعمال في تخطيط الخدمات الصحية والتي ترسم صورة التخطيط في القطاع الصحي كما يلي:

1- مصدر التخطيط Locus ويشير إلى الجهة التي ينبثق منها التخطيط فإما أن تكون الحكومة أو المؤسسة الصحية.

2- نوع التخطيط: ويشير إلى مستوى التخطيط ومداه كما يلي:

أ- التخطيط الاستراتيجي ويشمل المؤسسة ككل ويركز بشكل أساسي على تقويم البيئة المحيطة (السياسية - الاقتصادية - الاجتماعية ... الخ).

ب- التخطيط العملياتي Operational Planning ويتم القيام به من قبل المستويات الإدارية الوسطى والدنيا في المنظمة وهذه الخطط تنبثق من الاستراتيجيات وتنسجم معها وتخدم أهدافها. ويتضمن تحديد أهداف فرعية للدوائر والأقسام في المنظمة الصحية. وبرامج عملية وسياسات وإجراءات مثل (خطط قسم التمريض - الأشعة - المختبر).

3- الإطار الزمني للتخطيط: ويشير إلى الأفق الزمني الذي تغطيه الخطة كما يلي:

أ- خطط طويلة المدى: خطة استراتيجية تغطي عدة سنوات عادة يقوم بـه الإدارة العليا.

ب- خطط قصيرة المدى: خطط عملياتية لعام واحد عامة، وتقوم به الإدارة الوسطى.

4- من يخطط: ويشير الى الجهة الادارية التي تتحمل مسؤلية التخطيط في المنطقة:

أ- الإدارة العليا: مسؤولة عن التخطيط الاستراتيجي حيث تحدد الرسالة والأهداف Mission & Objective وتصيغ الاستراتيجيات لتحقيق الأهداف.

ب- الإدارة الوسطى: وتتبنى برامج عملية قصيرة المدى (أقل من سنة) وتضع السياسات، والإجراءات والقواعد المنظمة للعمل.

ج- رؤساء الأقسام ومشرفي الخط الأول: ويتحملوا مسؤولية تقدير حجم العمل وتصميم جداول العمل وتوزيع الموارد.

5- مدخل التخطيط ويشير إلى الأسلوب المتبع في التخطيط وهنالك مداخل كثيرة للتخطيط سنأتي على ذكرها لاحقاً. ويبين الشكل رقم (13) خصائص التخطيط.

شكل رقم (13)



تخطيط استراتيجي ← الإدارة العليا

تفاعلي
Reactive

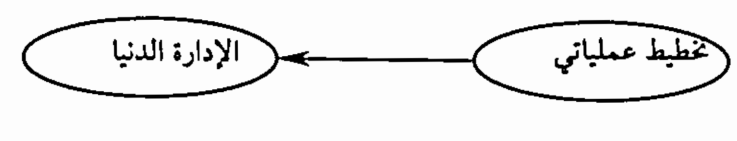
* الرسالة
* أهداف المؤسسة
* الإستراتيجيات
* السياسات العامة

المؤسسة الصحية
مؤسسة حكومية

تطلعي
Proactive

تخطيط تكتيكي ← الإدارة الوسطى

* أهداف الدائرة متوسطة الأجل



* برامج وسياسات تشغيلية وإجراءات

مداخل التخطيط:

يوجد عدة مداخل مختلفة للتخطيط: وسيتم الإشارة لها بمفهوم وجهي العملة الواحدة:

1. مدخل فرد / لجنة تخطيط Individual / Committee.
2. منظم / عشوائي Systematic / ad. Choc.
3. مدخل كمي / كيفي Quantitative / qualitative.
4. مدخل تطوري / تراكمي Developmental / Incremental.
5- مدخل استباقي / إرتكاسي Proactive / Reactive.

1- مدخل فرد / لجنة:

أشرنا إلى الطبيعة الفنية والمعقدة لعملية التخطيط مما يجعل من الصعب قيام فرد بهذه المسؤولية فالتخطيط يتضمن اتخاذ قرارات وتقويم بدائل ويتضمن هذا أبعاد متعددة لابد للمخطط من أن يأخذها بعين الاعتبار فاتخاذ القرارات له أبعاد اقتصادية ومالية وفنية وتكنولوجية واجتماعية وسياسية لابد من تقويمها وأخذها في الاعتبار عند القيام بالتخطيط. ومن غير الممكن أن يتوفر لأي فرد المؤهلات والمعرفة اللازمة للقيام بهذا النشاط بمفرده مما يرجح تحميل مسؤولية التخطيط لفريق من الأفراد ذوي مؤهلات وقدرات مختلفة للقيام بمسؤولية التخطيط وقد يأخذ الفريق شكل لجنة تخطيط تتألف عادة من أفراد من مجلس الإدارة والإدارة العليا والإدارات الأخرى لتحمل هذه المسؤولية وهذه اللجان مألوفة في المنظمات الصحية كلجان للتخطيط ورسم السياسة حيث تقوم بالإشراف على أنشطة التخطيط ومراجعة وتقويم الخطط. وهنالك فوائد كثيرة لمنهج استعمال اللجان في التخطيط:

1- القدرة على تكوين علاقات غير رسمية وفعالة بين الأعضاء ودرجة عالية من التفاعل والتنسيق بين الأعضاء المتعددي الخبرات والاختصاصات.

2- يوفر تعدد خبرات أعضاء اللجنة المعارف المتعددة المطلوبة للقيام بأنشطة التخطيط وإيجاد الحلول الأفضل والأكثر فعالية للمشاكل المطروحة.

3- يساعد على إيجاد التكامل المطلوب بين الخطط الاستراتيجية والخطط التشغيلية والخطط التكتيكية نظراً لاشتراك أفراد من المستويات الإدارية المختلفة في اللجنة.

وما قد يؤخذ على منهج اللجان في التخطيط البطيء في العمل سيما وأن عامل الوقت مهم في التخطيط فاحتمال تأجيل اتخاذ القرارات موجود دائماً وقد يكون مكلفاً كما قد تصل اللجان إلى قرارات قد لا تكون الأكثر فعالية أو الأفضل نتيجة للمساومات ولميكانيكية عمل اللجان وملابساتها.

2- مدخل منظم / عشوائي:

لم يعد نشاط التخطيط بالنشاط العشوائي أو الذي يخضع لمناسبات أو ترتيبات زمنية تقليدية بل أصبح نشاط عقلاني منهجي ومنظم يقوم على قاعدة من البيانات وله منهجيته المنظمة والمتسللة ويتطلب كفاءات متعددة. ولم يعد الخيار للمؤسسات الصحية بأن تخطط بشكل منظم أم لا وخاصة على ضوء التغيير المتسارع في البيئة المحيطة كما أسلفنا فقدرة المنظمات على ضمان استمرارها مرتبطة بقدرتها على التخطيط السليم لمواجهة التغييرات والتكيف مع بيئاتها.

3- مدخل كمي / كيفي:

يشير التخطيط الكيفي إلى الاعتماد على الخبرات والاجتهاد الشخصي للخبراء في مجالات تخصصهم حيث تعتبر آرائهم اساس لعملية التخطيط إلا أنه في الآونة الأخيرة لم يعد التخطيط يقوم على الخبرات والتقديرات الشخصية والاجتهاد لعدد من الخبراء في ميادين مختلفة فلابد من ارتكاز التخطيط كذلك على أساليب وتقنيات دقيقة للتعامل مع حالة عدم التأكد والتقليل من المخاطر المستقبلية حيث أصبحت هذه المداخل شائعة الاستعمال في التخطيط كتحليل الكلفة / منفعة وتحليل النسب وأسلوب المسار الحرج وأسلوب بيرت PERT وغيرها.

4- المدخل التطوري / التراكمي:

إن كلا المدخلين التطوري والتراكمي يعودان إلى درجة الاستقلالية التي تحيط بعملية التخطيط في داخل أو خارج المؤسسة الصحية وإن طبيعة هيكل المنظمة والبيئة الخارجية والداخلية والضغوطات، والتنظيمات الحكومية والأعراف والقواعد الاجتماعية وقواعد السلوك كلها تؤثر على المنظمة الصحية والإدارة الصحية المنخرطة في موضوع التخطيط التطوري والذي يتميز بوصفه واضح وصريح وجديد وابتكاري ويؤدي إلى محصلات تخطيطية إبداعية وغير تقليدية. وإن مدخل التخطيط التطوري قد أنار الطريق للمنظمات الصحية، ودفع الإدارة العليا للتأثير على الهيئات التي يعملون معها كمجالس الإدارة وتوجيهها وذلك بسبب تمتعهم أيضاً بالاستقلالية في توجيه مؤسساتهم وإن المدخل التطوري في التخطيط من المداخل المناسبة للمنظمات الصحية التي لا تهدف إلى الربح والتي يوجد لدى الإدارة فيها قدر كبير من الاستقلالية.

ويتفاعل المنهج التطوري مع الضغوطات والمنظمات الخارجية والقيود المؤثرة على المنظمات الصحية والقطاع الصحي بشكل عام بهدف التأثير عليها والتخفيف من التشديد كثيراً على التخطيط الوطني الصحي الشامل. ويركز على التنافس في السياسة العامة. ويلاحظ أن المنظمات التي لا تهدف إلى الربح والتي تتمتع بقدر أكبر من الاستقلالية أصبحت في الواقع أكثر تطوراً في تخطيطها.

أما مدخل التخطيط التراكمي فهو معاكس لمدخل التخطيط التطوري، حيث يتميز بأنه أقل ابتكارية، وغير مبدع كثيراً واعتيادي كلاسيكي وقد يحدث بسبب الضغوطات الخارجية أو الداخلية أو بسبب منح المؤسسة الصحية قليلاً من الاستقلالية من قبل مجلس الأمناء او مجلس الإدارة. وقد يكون السبب في إتباع هذا المدخل هو ضيق أفق الإدارة وتركيزها على الأهداف قصيرة الأمد، وعدم القدرة على توقع المستقبل وعمل افتراضات غير منطقية وعدم القدرة على مواجهة المخاطر والتهديد، وقد يكون السبب قلة الموارد المتاحة وهنا تفضل الإدارة عمل ما هو

مطلوب فقط وربما الاكتفاء بالحد الأدنى وحتى لو توفرت لديها فرص الإبداع واتباع المنهج التطوري. وهذا النمط من التخطيط هو ما يميز المؤسسات الحكومية عادة.

5- مدخل التخطيط الاستباقي / الارتكاسي:

إن مدخل التخطيط المبادر أو الاستباقي Proactive هو مدخل جرئ وعلني ومنظم، وله مضمون يستبق الأحداث، ولا يتضمن فقط استباق الأحداث ولكن يتدخل ويؤثر في المحيط، ويحدث التغيير، ويصوغ الأحداث لفائدة ومصلحة المنظمة الصحية. أن المدراء الذين يتبنون هذا المدخل هم الذين يصنعوا الأحداث ويعملوا بجرأة ويقدموا الجديد والمبتكر وهو الرواد في القطاع الصحي عادة.

أما مدخل التخطيط الارتكاسي او التفاعلي Reactive فهو معاكس لمدخل التخطيط المبادر. فهو فقط يتفاعل مع الأحداث ويستجيب للمبادرات من منطلق رد الفعل ويتصف بكونه غير منظم ولا يستبق الأحداث، وإنما تفرض الأحداث نفسها عليه، ويتبع الأحداث، ومع أن العلاقات ما بين مداخل التخطيط غير واضحة بدقة نجد أن المنهج المبادر في التخطيط يشبه إلى حد كبير المدخل التطوري. وكذلك فإن المدخل الارتكاسي يشبه إلى حد كبير المدخل التراكمي، ونجد أن المدراء في المدخل الارتكاسي تفرض عليهم الحلول لأنهم لا يوجهوا جهودهم من أجل صياغة الأحداث لصالحهم وجعل الآخرين هم المستجيبون لاتجاهاتهم وتوجهاتهم.

إن مداخل التخطيط الارتكاسية والمبادرة هما عنصران أساسيان في عملية التخطيط الاستراتيجي من وجهة النظر العملية والمنظور العام للتخطيط الاستراتيجي. إلا أن المدخل المفضل في التخطيط الاستراتيجي هو المدخل المبادر او الاستباقي.

مخرجات التخطيط:

تتضمن مخرجات التخطيط ماذا يجب أن يعمل وأين ومتى وكيف ولماذا يعمل؟ وتشتمل على ما يلي:

1- الرسالة التي تعمل من أجلها المنظمة.

2- الأهداف.

3- الاستراتيجيات.

4- البرامج العملياتية.

5- السياسات والإجراءات.

1- الرسالة التي تعمل من أجلها المنظمة:

إن كل منظمة لها رسالة إما أن تكون واضحة او متضمنة وعادة تكون الرسالة واضحة ومكتوبة وتحدد أهداف عامة للمنظمة وتوضح الرسالة الهدف الذي أنشئت المنظمة من أجله. وتتضمن رسالة المنظمة نصوص تحدد هوية المنظمة وماذا تعمل ولمن تعمل، وما هي مبادئها وما هو دستورها ومنهجها وطريقتها في العمل وتعكس أيضاً فلسفة المنظمة ودروها في تقديم الخدمة الصحية.

وتشكل رسالة المنظمة الأساس الذي يعتمد عليه في التخطيط الاستراتيجي وعادة يضع هذه الرسالة مجلس الأمناء أو مجلس الإدارة.

2- الأهداف:

هي نصوص تحدد النتائج التي ترغب المنظمة الصحية تحقيقها وهي نقاط الوصول والنتائج المرغوب تحقيقها والتي توجه المنظمة نحوها مواردها وأنشطتها. والأهداف تنبثق من رسالة المنظمة الصحية ويجب أن تكون الأهداف واقعية وقابلة للتطبيق ويمكن قياسها. والأهداف على نوعين أهداف أساسية وهي اهداف عامة للمنظمة ككل وأهداف فرعية على مستوى الأقسام والوحدات.

فوائد وضع الأهداف في المنظمة الصحية:

إن تحديد أهداف المنظمة يحقق لها المزايا التالية:

1- تمكن المنظمة والعاملين من تركيز جهودهم نحو تحقيق الهدف.

2- تزيد الكفاءة وخاصة في تخصيص وتوظيف الموارد.

3- تعطي الأفراد القدرة والشعور بالانتماء والتوجه نحو الهدف وتعمل على استقرار المنظمة.

4- تساعد المعرفة بالأهداف على صياغة الاستراتيجيات الملائمة لتحقيقها وتنفيذ البرامج العملياتية لتحقيق الأهداف الفرعية، ويمكن تحديد ثلاثة أنواع من الأهداف في المنظمة الصحية:

1- أهداف أساسية - ومثال ذلك تقديم خدمات صحية جيدة للأفراد وتلبية حاجات المجتمع.

2- أهداف ثانوية - ومثال ذلك تقديم خدمات التعليم والتدريب الصحي والطبي والمحافظة على استقرار المنظمة.

3- أهداف الوحدات العاملة - مثل تقديم رعاية تمريضية متميزة لدائرة التمريض، وخدمات إطعام ممتازة من قبل قسم التغذية.

3- الاستراتيجيات Strategies:

إن الاستراتيجيات هي خطط عامة وشاملة تصممها المنظمة من اجل تحقيق الأهداف العامة وهي مسؤولية الإدارة العليا وعادةً هي طويلة الأجل وتتطلب التزام بتوظيف كم كبير من الموارد.

والاستراتيجية هي مصطلح يصف الطريقة التي تحقق من خلالها المنظمة أهدافها ومثال ذلك توسيع نطاق الخدمة الصحية وتحقيق التكامل مع الخدمات الأخرى، أي بمعنى آخر هي الوسائل التي تتبع لتحقيق ما تم تحديده من أهداف.

4- البرامج التكتيكية Tactical programs:

إن البرامج التكتيكية تمثل النشاطات المنظمة والمخططة للوحدات العاملة في المنظمة الصحية ولكل وحدة فيها وتعتبر استراتيجيات فرعية.

5- السياسات والإجراءات Policies & Procedures:

أ- السياسات هي قواعد للسلوك وضوابط لاتخاذ القرار والتفكير والعمل في المنظمة الصحية ويجب أن تكون متوافقة مع الرسالة والأهداف وتقسم السياسات إلى سياسات عامة وسياسات عملياتية والعامة هي للمنظمة ككل والعملياتية هي سياسات الأقسام والدوائر في المنظمة الصحية.

ب- الإجراءات: هي سلسلة من الخطوات تتبع للقيام بعمل محدد وهدفها هو توجيه العاملين في إنتاج وتقديم الخدمات بما يضمن تناغم السلوك والأداء.

خصائص السياسات الجيدة:

تتميز السياسات الجيدة بالخصائص التالية:

1- أن تكون واضحة لا لبس فيها ولا غموض ولا مجال للاجتهاد فيها.

2- تنسجم مع الأهداف، مفهومه ومقبولة لمن يقوم بتنفيذها.

3- توضع لتهدي التفكير واتخاذ القرار والسلوك.

4- تتميز بالمرونة (لمجابهة الطوارئ).

5- يجب تمريرها وإيصالها إلى الأفراد المعنيين.

6- أن تكون منسجمة ومتناغمة فيما بينها مثل (سياسات الأقسام يجب أن تنسجم مع السياسة العامة).

وعادة تستعمل السياسات والأهداف والإجراءات كمعايير لتقييم الأداء وإنجازات المنظمة.

مجالات لتحديد الأهداف والمعايير:

حدد دراكر ثمانية مجالات يمكن للمنظمة تحديد أهدافها في أي منها:

1- الربح.

2- الإنتاجية.

3- الإبداع.

4- المركز السوقي.

5- الموارد المادية والمالية.

6- تطوير أداء العاملين.

7- تطوير أداء المدراء.

8- المسؤولية الاجتماعية.

وعادة تتبنى المنظمات الصحية أهداف متعددة مما يستوجب التنسيق بينها كما لا بد من تحقيق التوازن بين الأهداف الشخصية للعاملين وأهداف المنظمة وأهداف المجتمع فهنالك ارتباط وثيق للربح والإنتاجية بالجانب الإنساني.

عملية التخطيط الاستراتيجي:

لقد ذكرنا سابقاً أن عملية التخطيط الاستراتيجي هي عملية مستمرة من النشاطات وهي تمر في مراحل متعددة، وقد تنفذ بعض المراحل مع بعضها البعض وإنها متصلة في سلسلة منطقية مرتبة كما يلي:

المرحلة الأولى: تخطيط عملية التخطيط: Establish the Planning process

يوجد على الأقل ثلاثة طرائق لنهج التخطيط الاستراتيجي:

أ- تحليل الفجوات في البرامج Gap Analysis.

ب- حل المشكلات Problem Solution.

جـ- تحليل وتقييم نقاط القوة Strengths، ونقاط الضعف Weaknesses، والفرص المتاحة Opportunities، ومصادر التهديد / الخطر Threats.

ويوجد طريقتان لنهج التخطيط في هذه المرحلة إما اتباع الطريقة التي تبدأ بأخذ المعلومات والمدخلات من المستويات الدنيا في المنظمة، أو انتهاج طريقة التخطيط المفروضة من الإدارة العليا والتي تحدد فيها الإدارة العليا الخطوط العريضة لعملية التخطيط. ويلاحظ أن أكثر المخططين يفضلون ابتاع الطريقة الثانية مع وجود مشاركة من الإدارة في المستويات الدنيا في المنظمة الصحية. وخاصة في المرحلة الأولى، ومثلاً فإن الإدارة العليا تحدد رسالة المنظمة في هذه المرحلة وتتبع الإدارات المختلفة الإدارة العليا في تحديد الأهداف المرغوبة وبعد أن تنال الرسالة التأييد والقبول من الإدارة الوسطى تقوم الإدارة الدنيا بتوظيف واستعمال الموارد، ويجب أن تشارك الإدارة الوسطى على الأقل في المرحلة الأولى.

إن عملية التخطيط وهيكلها الداعم يجب أن يتكيف مع مواصفات ومميزات المنظمة الصحية، حسب حجمها والنمط القيادي فيها وتعقيد البيئة المحيطة، ونوعية الخدمة المنتجة.

المرحلة الثانية: تعريف الرسالة Define the Mission:

كما ذكرنا إن رسالة المنظمة هي نصوص عريضة، تحتوي على وصف عام للمنظمة وهدفها وفلسفتها وقيمها وتعتبر عنصر ضروري لتخطيط سياسة المنظمة وتجيب على عدة أسئلة أساسية مثل ماذا نريد أن نعمل، وماذا يجب أن نعمل؟ وماذا نستطيع أن نعمل؟

المرحلة الثالثة: تحليل البيئة Analysis of the Environment:

يتضمن تحليل البيئة تحليل كل العوامل خارج المنظمة الصحية وذلك خلال الفترة التي تغطيها الخطة. وتتضمن العوامل الاقتصادية والديموغرافية والتكنولوجية والثقافية والاجتماعية والسياسية القانونية، والسوق الصحي، وتحليل السوق ويجب التنبؤ بمستقبل السوق الصحي والبيئة الكلية ويشمل ذلك صحة البيئة ونوعية المياه، والبرامج الصحية وملاءمتها، وقيم المجتمع وأنماط السلوك والحياة، والخصائص الديموغرافية ومستويات الدخل والتضخم ومعدلات النمو ومستوى الأجور والرواتب والتشريعات الصحية والقانونية والدعم الحكومي والتطور التكنولوجي.

ويمكن تحليل القطاعات ذات العلاقة على ضوء الفرص والموارد المتاحة وأهم هذه القطاعات ما يلي:

1- القطاع الاقتصادي:

ويشمل معدل النمو، والتراجع الاقتصادي، وقوة العمل، ووجود رأس المال، ومعدلات البطالة، والتأمين الصحي.

2- القطاع السكاني - الديموغرافي:

ويشمل التغير في عدد السكان وخصائصهم الديموغرافية والدخل الفردي والأسري، وأماكن الإقامة، والحالة الصحية كما يشمل أنماط العمل والوظائف التي يمارسها الأفراد.

3- القطاع الثقافي الاجتماعي:

ويشمل مدى احترام السلطة أو عدم احترامها، واتجاهات الموظفين نحو العمل، والسلوكيات الأخلاقية، والصحة العامة، وارتفاع معدل الأوبئة.

4- القطاع السياسي والصحي :

ويشمل الموقف السياسي والصحي (الرسمي والشعبي) من الصحة كحق للجميع وحق الحصول على الخدمات الصحية، والمسؤولية القانونية للحكومات عن تقديم الخدمات الصحية، والقوى الصحية العاملة، وتقديم الخدمات الطبية المجانية.

5- القطاع الخاص والمنافسون:

وهو من أهم العوامل التي يجب تقويمها وأخذها بالاعتبار ويشمل المنافسون وما يقدموا من خدمات ونقاط القوة والضعف لديهم ونظام تقويم الخدمات الصحية السائد والحوافز المادية وآليات التمويل والتكنولوجيا الطبية السائدة والتقويم التكنولوجي والمعرفي وغير ذلك.

6- قطاع التكنولوجيا والموارد البشرية الصحية:

ويشمل مصادر الطاقة البشرية الصحية، والتعليم الطبي، والبحوث الصحية، وتسارع التطور التكنولوجي لهذه الموارد.

المرحلة الرابعة: تحليل السوق Market Analysis:

إن تحليل السوق الصحي يعتبر من المراحل المهمة في عملية التخطيط الاستراتيجي حيث يعتبر التسويق وتحليل السوق جزء لا ينفصل من التخطيط الاستراتيجي وينصب تحليل السوق على تحديد ومعرفة مشتري ومستهلكي الخدمة

الصحية من مرضى وأطباء ومنظمات الأعمال والمؤسسات والحكومة وشركات التأمين. كما يشمل تجزئة السوق وتحديد الأسواق المستهدفة والتعرف على حجم السوق المستهدف وحاجاته ورغباته وتوقعاته والعمل على تلبيتها. وإن هذه العوامل هي التي تؤثر في عملية تحديد واختيار نوع الخدمة ومنهجها وشكلها. وطريقة تقديم الخدمة الصحية كما يشمل تحليل السوق مدى استيعاب العملاء لمفهوم جودة الخدمة. وكذلك سمعة المؤسسة الصحية. إن كثيراً من المستشفيات والمنظمات الصحية تقوم بعملية تحليل السوق ودراسته وتنفق أموال كبيرة على ذلك إدراكاً منها لتلازم عملية التخطيط والتسويق للخدمة الصحية.

المرحلة الخامسة: تحليل المصادر الخارجية Analysis of External Resources:

كذلك لابد من تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والمخاطر المحتملة والقوى المحيطة أيضاً. ومن الموارد الخارجية المهمة التي يجب أن يتم تحليلها مدى وجود رأس المال واتجاهات المجتمع لتمويل هذه الخدمات ومصادر تمويل رأس المال والعرض والطلب من المهنيين وتحليل موارد الطاقة البشرية من حيث تركيبتها ونوعيتها كما يجب اعتبار التكنولوجيا الطبية ودراستها وتحليل استخدامها.

المرحلة السادسة: تحليل الصناعة Analysis of the Industry:

إن تحليل الصناعة الصحية والتعرف عليها هو الأساس لترجمة رسالة المنظمة إلى أهداف دقيقة ومحددة. ويؤكد بورتر Porter بأن تحليل الصناعة يجب أن يركز على خمسة عوامل أساسية وهي:

1. المؤسسات المنافسة.
2. المشاركون المحتملون.
3. المشترون.
4. الموردون.
5. الخدمات أو المنتجات البديلة.

ويتضمن المسح والتقويم الشامل للصناعة الصحية، العوامل السابقة وبشكل خاص تحليل ووصف واسع لمنظور الصناعة وكذلك وصف المنافسين الحاليين للمنظمة. كما يشمل تحديد الاتجاهات المستقبلية للتعرف على الفرص المتاحة والمخاطر المحتملة. وكذلك التركيز على معدلات النمو، وتكلفة الخدمات، وتطور وانتشار التكنولوجيا الطبية وكذلك التغيرات الديموغرافية المصاحبة لمعدلات النمو والتغير في السياسات الحكومية والاتجاهات الاقتصادية. كما يتضمن الوصف الدقيق للمؤسسات المنافسة ومعلومات عن السوق وكلفة إنتاج الخدمات وسعر الخدمات وتكاليف إنشاؤها. والميزة التنافسية لهم ونقاط الضعف في الخدمات التي يقدمونها والخدمات غير الموجودة أصلاً. كل هذه المعلومات لا غنى عنها لتصميم الخدمات والبرامج التي ستقدمها المنظمة.

المرحلة السابعة: تطوير ووضع الأهداف:

إن الأهداف هي إعادة صياغة لرسالة المنظمة وهي أكثر تحديداً ودقة وتحدد ماهية الإنجازات التي تريد المنظمة الصحية تحقيقها وبتحديد أكثر تحديد أهداف قابلة للقياس والتحقق. إن هذه الإنجازات هي التي تحدد ما الذي يجب عمله من أجل تمكين المنظمة من تحقيق رسالتها، والأهداف هي نقاط الوصول أو الغايات والاستراتيجيات هي الوسائل. وتتأثر الأهداف باتجاهات ورغبات ومصالح المستفيدين المحتملين. كما تتأثر بفهم ورؤية الإدارة وقيمها وفلسفتها وأهمية الاستجابة لأصحاب المصالح كما تؤثر الأهداف على تحديد المعايير في اختيار الاستراتيجية. كما أن معايير رقابة الأداء تستقى من الأهداف أيضاً.

المرحلة الثامنة: تحليل حقيبة البرنامج **Analyze the Portfolio of the Program:**

إن تحليل حقيبة البرامج هو آلية لتقويم كيفية مساهمة النشاطات والخدمات التي يحتويها البرنامج في الوصول إلى أهداف المنظمة الصحية. وإيجاد الطرق لتعزيز وتحسين أداء المنظمة الصحية ويتضمن التحليل تحديد أولويات الخدمات والأنشطة التي تساعد على تحقيق أهداف المنظمة الصحية وما هي البرامج التي لا تخدم ذلك والمرشحة بالتالي للإغلاق أو التقليص. وما هي الخدمات التي سيتم التوسع والاستثمار فيها.

المرحلة التاسعة: تحليل كفاءة المنظمة الصحية:

إن هذا التحليل يحدد واقعياً ماذا تريد المنظمة أن تحقق ويدرس ويحلل نقاط القوة والضعف في المنظمة. خاصة القيام بتحليل القدرات والكفاءة الداخلية للمنظمة الصحية ويمكن أن يشمل على ما يلي:

أ- التسويق الصحي والخدمات:

وتتضمن تحليل منطقة الخدمة، الأسواق المستهدفة، السمعة، التخصص، عمق واتساع الخدمة، الحصة السوقية، سهولة منال الخدمة واتجاهات الأطباء وخدماتهم.

ب- الإنتاج:

ويتضمن تحليل عمليات التشغيل وطرق العمل، وتكاليف الإنتاج وتطور تكنولوجيا إنتاج الخدمة، والأجهزة، وحجم المنظمة، والطاقة الاستيعابية وعمر المنظمة.

ج- الوضع المالي:

ويتضمن تحليل فئات الدافعين لفاتورة الخدمات وتعددهم، وتركيب وهيكل رأس المال، واحتياطي رأس المال، ونظم المحاسبة والأرباح والخسائر والمركز المالي للمنظمة من حيث القوة والمتانة المالية.

د- الموارد البشرية:

ويتضمن تحليل نوعية العاملين، ومهاراتهم، والأمن الوظيفي، وإنتاجيتهم.

هـ- الإدارة الصحية:

وتتضمن تحليل نوعية الإدارة الصحية، ومهاراتها، وخبراتها، وقيمها، وفلسفتها، وفعاليتها.

المرحلة العاشرة: اختيار الاستراتيجية الملاءمة Strategy Choice

يشير مفهوم الاستراتيجية كما أسلفنا إلى المنهج الذي تتبعه المنظمة الصحية في تحقيق أهدافها. ويجب أن توضع الاستراتيجية بمصطلحات وظيفية أكثر منها مصطلحات مادية ويجب أن تكون:

1. مختصرة قدر الإمكان.
2. تصف محتويات الاستراتيجية وهي منظور الخدمة وإعادة توظيف الموارد المتاحة وتطوير الكفاءات، والمزايا التنافسية.
3. تحدد الطرق والوسائل لتحقيق أهداف المنظمة الصحية.

ويتضمن اختيار محتوى الاستراتيجية المناحي التالية:

1. توسيع مدى الخدمات الصحية المقدمة.
2. التخصص والتميز في خدمة معينة مثلاً جراحة القلب.
3. التكامل الرأسي للخدمات ومثال ذلك تقديم خدمات صحية من المستوى الأول والثاني والثالث.
4. التكامل الأفقي مع المنظمات الصحية الأخرى، وذلك لتحقيق مزايا الحجم الكبير ومثال ذلك نظام المستشفيات المتعددة تحت إدارة مؤسسية موحدة لكل المنظمات الصحية التابعة لها.
5. عمل مشاريع مشتركة مع مستشفيات أخرى أو عيادات أو أطباء.
6. تنويع الخدمات والمنتجات ومثال ذلك أن يقوم مستشفى ما بصناعة الدواء أو إنتاج المعدات الطبية.
7. تقليص حجم الأعمال ومثال ذلك تخفيض عدد الأسرة أو إغلاق المنظمة الصحية أو بعض الخدمات فيها.

المرحلة الحادية عشر: اختيار البديل الأفضل:

إن الخطوة الأولى تتضمن دراسة كل البدائل المفضلة لإنتاج الخدمات الصحية والتي تكون متناسقة مع الرسالة والأهداف والاستراتيجية العامة للمنظمة الصحية.

ويمكن أن نسأل الأسئلة التالية:

1. هل الاستراتيجية ملائمة للبيئة الخارجية؟
2. هل الاستراتيجية متوافقة مع السياسات الداخلية ونمط القيادة والفلسفة الإدارية والإجراءات العملياتية؟
3. هل الاستراتيجية مناسبة على ضوء الموارد المتاحة؟
4. هل المخاطر في اتباع الاستراتيجية غير محددة.
5. هل الاستراتيجية مناسبة لدورة حياة الخدمة ومتطلبات السوق الصحي؟
6. هل توقيت التنفيذ مناسب وصحيح؟

المرحلة الثانية عشر: تعديل توجه المنظمة ليتناسب مع الاستراتيجية المختارة:

تمثل المنظمة الجسر الذي يرتكز عليه في تنفيذ الخطة الاستراتيجية، وعلى ذلك يجب أن تكون ملائمة لهذه المهمة. ولابد للمنفذين من التأكد من ملاءمة ثلاثة أبعاد في المنظمة وهي: الهيكل، والعمليات، والسلوك، وهذا يتحدد من مضمون أو محتوى الاستراتيجية وطبيعة المنظمة وإدارتها. هل هي من النوع المبادر أم تفاعلية أم دفاعية في منهجها. والنمط الإداري هل يهدف إلى تعظيم الفرص أم إلى تخفيض التكاليف وكذلك مميزاتها التنظيمية. وباختصار يجب أن يكون هناك توافق ما بين الاستراتيجية المختارة والعناصر التنظيمية وهي السلوك والعمليات والهيكل والقوى العاملة والمهارات والأنماط الإدارية والقيادية للمنظمة والقيم السائدة.

الفصل السادس

حل المشاكل واتخاذ القرارات في المنظمة الصحية

- مقدمة
- أنواع القرارات
- عملية حل المشاكل الإدارية
- تحليل المشكلة
- وضع الافتراضات
- تحديد بدائل الحلول
- تطوير وتطبيق معايير القرار
- اختيار البديل الأفضل وتنفيذه
- العوامل المؤثرة على حل المشاكل
- أساليب حل المشاكل واتخاذ القرارات
- العوامل المؤثرة على أسلوب اتخاذ القرار



الفصل السادس

حل المشاكل واتخاذ القرارات في المنظمة الصحية

مقدمة:

يمكن القول بأن مستوى الفعالية والكفاءة في المنظمة يرتبط مباشرة بجودة حل المشاكل واتخاذ القرارات. إن فعالية المنظمة (القيام بعمل ما يجب عمله بشكل جيد) وكفاءتها (إنجاز العمل بأقل تكلفة) يمكن التنبؤ بكليهما من خلال التخصيص الجيد للموارد داخل المنظمة والتوظيف الأمثل لهذه الموارد. وكلاهما يعتمد على حسن عملية حل المشاكل واتخاذ القرارات. وطالما إن المدراء هم الذين يستعملون الموارد المتاحة للمنظمة فلابد من أن يتحملوا مسؤولية اتخاذ القرارات حول تخصيص هذه الموارد وتوظيفها.

إن كل ما يقوم به المدير في المنظمة يتضمن أحد أو كلا العنصرين المتضمنين في حل المشاكل:

1- تحليل المشكلة ويتضمن هذا العنصر:

- إدراك الوضع (او الحاجة) التي تتطلب اتخاذ القرار.
- تعريف هذا الوضع أو الحاجة التي تتطلب اتخاذ القرار.

2- اتخاذ القرار ويتضمن:

- تحليل وتقويم البدائل.
- اختيار البديل الأفضل.

ويرتبط صنع القرار بكافة الوظائف الإدارية والأنشطة والأدوار التي يقوم بها المدير من تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة.

أنواع القرارات:

يمكن تصنيف القرارات التي يتخذها المدراء والتي تتراوح من القرارات الرئيسية والصعبة إلى القرارات الصغيرة والسهلة في فئات كما يلي:

1. قرارات غايات (أهداف) / قرارات وسائل:

ومن الأمثلة على قرارات الأهداف، الأهداف الفردية والتنظيمية المراد تحقيقها أما قرارات الوسائل فتتضمن الاستراتيجيات والبرامج التشغيلية والأنشطة التي تحقق الأهداف المرغوبة.

وتتخذ هذه القرارات على مستوى الإدارة العليا، كما تتخذ هذه القرارات على مستوى الأقسام حيث تقوم الإدارة العليا بتحديد الأهداف والاستراتيجيات وتقوم الأقسام بتحديد أهداف الأقسام والبرامج.

2. قرارات إدارية / تشغيلية:

أ- القرارات الإدارية ويطلق عليها قرارات السياسة Policy وتتخذها الإدارة العليا حيث تؤثر على المؤسسة ككل. وتتعلق غالباً بتخصيص وتوظيف الموارد.

ب- القرارات التشغيلية Operational: وتتخذها عادة الإدارة الوسطى والدنيا. وتتعلق بأنشطة التشغيل اليومي لوحدة تنظيمية محددة. وتشمل على سبيل المثال شراء معدات للقسم، توزيع العاملين في القسم وتحديد المهام.

3. قرارات مبرمجة / غير مبرمجة:

أ. القرارات المبرمجة وهي قرارات ذات صفة متكررة، وروتينية تحكمها الإجراءات والأنظمة والتشريعات وأدلة العمل في القسم، مثال: إصدار فواتير، البرمجة، إجراءات التخزين والشراء... الخ.

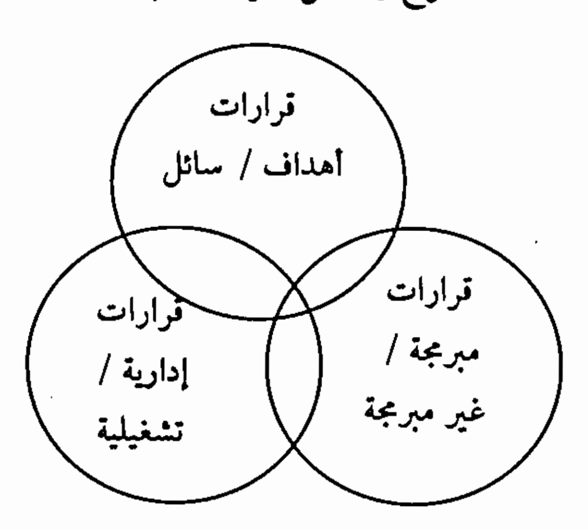
ب. قرارات غير مبرمجة وهي قرارات متميزة وغير روتينية، مثل قرارات التوسع في المؤسسة وقرارات إضافة / إغلاق خطوط إنتاج وقرارات للمشاركة والتعاون والتنسيق مع مؤسسات أخرى وقرارات تغيير نظام الأجور

والتعويضات وقرارات تغيير الهيكل للمؤسسة وشراء أجهزة رأسمالية جديدة... الخ.

إن هذه التصنيفات الثلاث للقرارات لا تعني أنها تتصف بالاستنفاذ والحصر، ففي الحقيقة تتداخل هذه الأصناف وتتقاطع مع بعضها كما يتضح من الشكل رقم (14) أدناه، فعلى سبيل المثال فإن قرار تبني استراتيجية جديدة للتسويق هو قرار وسائل وهو بنفس الوقت قرار إداري وقرار غير مبرمج.

شكل رقم (14)

أنواع وتداخل القرارات الإدارية



حيث يمكن ملاحظة أن قرار ما يشمل جزءاً من كل فئة من الفئات الثلاثة فقرار إضافة خط إنتاج جديد هو قرار وسائل لتحقيق أهداف المؤسسة وبنفس الوقت هو قرار إداري طالما أنه يتطلب موارد كبيرة كما أن هذا القرار غير مبرمج (غير روتيني) طالما أنه متميز ولا يحدث بشكل متكرر.

حل المشاكل الإدارية:

يقوم جميع المدراء بحل المشاكل (ولكن بدرجات مختلفة) وبغض النظر عن مستواهم في التنظيم أو مدى مسئوليتهم. وتتضمن عملية حل المشاكل سلسلة من

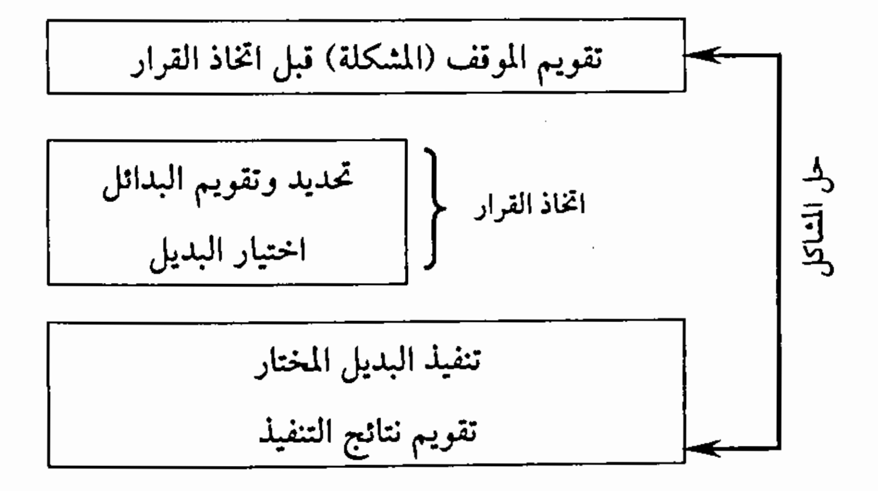
الأنشطة والخطوات يتم من خلالها إحداث التغيير لضمان توافق النتائج المرغوبة مع المخططة وتتألف هذه العملية من:

1. تحديد وتحليل الوضع الذي يحتاج إلى قرار.
2. تحديد وتحليل بدائل الحلول لحل المشكلة أو مواجهة الموقف.
3. اختيار البديل.
4. تنفيذ البديل المختار.

إن حل المشاكل يتضمن اتخاذ القرارات ورغم أن المفهومين يستعملان بشكل متبادل، فهما مختلفان. فكل حل للمشكلات يتضمن اتخاذ قرارات (خيار من بين بدائل) ولكن ليس كل القرارات تتضمن مشاكل يجب حلها. فالفرق بينهما يكمن في حقيقة أن حل المشاكل يشمل تحليل المشكلة (تقييم يسبق اتخاذ القرار) وتنفيذ الحل (نشاط ما بعد اتخاذ القرار) كما يتضح من الشكل رقم (15).

الشكل رقم (15)

حل المشاكل واتخاذ القرار



إن حل المشاكل واتخاذ القرارات هما عمليتـان تتضمـن سلسـلة مـن الأنشـطة والخطوات التي يقوم بها المـدراء. وهـذه العمليـة تتضمـن متغـيرات كثـيرة ومواقـف وظروف ومحددات تؤثر جميعها على الطريقة والأسلوب المتبع مـن قبـل المـدراء عنـد اتخاذ القرارات أو حل المشاكل.

حل المشاكل: العملية والنموذج:

إن حل المشاكل هو عملية تـهدف إلى إدخـال التغيـير لضمـان اتسـاق النتـائج الفعلية مع المرغوبة وحل المشاكل ليس بالعمل السهل فهو قـد يسـتغرق وقتـاً طويـلاً وغالباً ما يتصف الموقف المراد معالجته بالتعقيد وأحياناً خارج سيطرة وسلطة المدير.

إن عملية حل المشكلة هي نفسها لكل المدراء بغض النظـر عـن مـدى المشـكلة والوقت الذي تستغرقه. وكثافة التقويم والتحليل تختلف من مدير لآخـر أمـا العمليـة فهي نفسها.

الخطوات الأساسية في حل المشاكل:

هناك عدد من الخطوات المتسلسلة لحل المشاكل كما هو مبـين في الشـكل رقـم (18) وكما يلي:

1. تحليل المشكلة (إدراك المشكلة وتعريفها ويتضمن جمع البيانات وتقويمها).
2. وضع الافتراضات.
3. تطوير بدائل للحلول الممكنة.
4. تقويم البدائل وتطبيق معايير القرار.
5. اختيار البديل الذي يتفق أكثر من غيره مع معايير القرار.
6. تنفيذ البديل المختار.
7. تقويم النتائج.

وفيما يلي شرح موجز لهذه الخطوات:

1. تحليل المشكلة (الإدراك والتعريف):

تبدأ المشكلة عندما تكون النتائج الفعلية مخالفة للنتائج المرغوبة. والنتائج المرغوبة تشير إلى المعايير التي تقارن بها النتائج الفعلية وهي:

* الأهداف الكلية للتنظيم مثل تحقيق الأرباح، النمو والاستمرار ... الخ.
* أهداف الأقسام.
* أهداف الأفراد.

ولابد من التفريق بين المشكلة والأعراض أو أسباب المشكلة وأعراضها.

ولابد من جمع البيانات للتعرف ليس على وجود المشكلة فقط بل طبيعتها وحجمها ومداها.

وتعتبر الإشاعات والمعلومات من المجموعات غير الرسمية وسائل هامة تنبه المدير إلى وجود مشكلة ولكنها تؤخذ فقط كبداية ونقطة انطلاق نحو جمع البيانات ولا يمكن اتخاذ القرار على أساسها. ولابد من فهم المشكلة بالاستعانة بالتقارير الروتينية. وجمع البيانات من خلال الوسائل المختلفة مثل المقابلات والملاحظات المباشرة والمسوحات حيث تستعمل البيانات للوصول إلى البينات والاستنتاج حول أسباب ومصدر المشكلة.

2. وضع الافتراضات:

إن كل المدراء يستعملوا افتراضات معينة عند مواجهة موقف يحتاج لحل وتتأثر جودة الحلول بالافتراضات وتصنف الافتراضات بثلاث مجموعات:

أ. افتراضات حدودية boundary assumptions وتعود لبيئة المشكلة وإطارها مثل:

1. هل تقع المشكلة ضمن أو خارج حدود مسؤولية المدير.
2. هل الموارد المطلوبة لحل المشكلة موجودة.
3. هل دوائر أخرى تسببت في حدوث المشكلة.

4. هل هنالك عوامل داخلية أو خارجية ليست تحت السيطرة وتسببت في حدوث المشكلة، مثل تصميم العمل، تدفق العمل، أو التكنولوجيا.

ب. افتراضات شخصية تعود إلى:

1. ميول وأهواء وتحيز المدير نحو أداء وسلوك المرؤوسين.
2. استعداد ورغبة المدير بالتعامل مع المواقف الخطرة وظروف عدم التأكد المصاحبة لعملية حل المشكلة.

جـ. افتراضات المشكلة وتتضمن ما يلي:

1. الأهمية النسبية للمشكلة Relative Importance.
2. الحاجة للحل السريع والتغيير Urgency.
3. ردود الفعل السياسية لاتخاذ القرار أو عدم اتخاذ القرار.
4. قبول المرؤوسين بالحل.
5. احتمالية نجاح الحل عند تطبيقه.

3. تحديد بدائل الحلول المبدئية:

تتأثر القدرة على توليد البدائل بقدرة التخيل والإبداع وغنى الأفكار التي يطرحها المشاركون. وبعد تحديد بدائل لحلول لابد من:

1. جمع البيانات والمعلومات عن كل بديل.
2. تقويم مبدأي للبدائل بهدف قبولها أو رفضها مبدئياً.
3. البحث عن بدائل أخرى في حالة الرفض المبدئي.
4. إن القدرة على تحديد بدائل متميزة، غير تقليدية تعتمد على مدى القيود والمحددات التي تضعها الافتراضات.

ويتأثر الوقت والموارد المكرسة لهذه الخطوة بعدد من العوامل:

1. دقة وجودة التعريف المبدئي للمشكلة فكلما كان التعريف دقيقاً قل الوقت المصروف في هذه الحالة.

2. الافتراضات هل هي مقيدة وتفرض محددات إلى درجة كبيرة.
3. قدرة نظام المعلومات في المؤسسة وطاقته وتعقيده.
4. تواجد البيانات.
5. درجة تعقيد المشكلة أو بساطتها (روتينية) أم غير روتينية (فكلما كانت المشكلة معقدة زاد عدد المتغيرات التي يجب التعامل معها).

وعادة ما يقع المدراء في محاذير في هذه الخطوة كما يلي:

1. البحث عن الحل الأفضل the best عندما يكون من المقبول حلاً أقل من الأفضل مما يستدعي صرف وقت طويل وموارد كبيرة لا طائل منها.
2. الاهتمام المكثف بهذه الخطوة يمكن استعماله كعذر لعدم اتخاذ القرار المطلوب بحجة الحاجة إلى مزيد من المعلومات.

4. تطوير وتطبيق معايير القرار Decision criteria:

وهي تشير إلى الاعتبارات الهامة في تقويم ومقارنة بدائل الحلول وتشمل ثلاثة معايير:

1. فعالية البديل في حل المشكلة.
2. إمكانية تطبيق البديل أو تنفيذه.
3. قبول البديل من حيث معيار الكلفة / منفعة (تحليل موضوعي Objective) أو من حيث الفوائد / المساوئ (تحليل غير موضوعي Subjective).

5. اختيار البديل الأفضل وتنفيذه:

بعد اختيار وتنفيذ البديل الأفضل لابد من مقارنة النتائج الفعلية مع المرغوبة لتقرير مدى اتساقها. وفي حالة الاتساق تنتهي عملية حل المشكلة. وعند عدم الاتساق تبدأ عملية حل المشكلة ثانية حيث قد نحتاج إلى تعديل بسيط على الحل المنفذ أو البحث عن بديل جديد كلياً. وجدير بالذكر أن حل مشكلة ما قد يخلق مشكلة جديدة تحتاج لحل.

العوامل المؤثرة على حل المشاكل واتخاذ القرار:

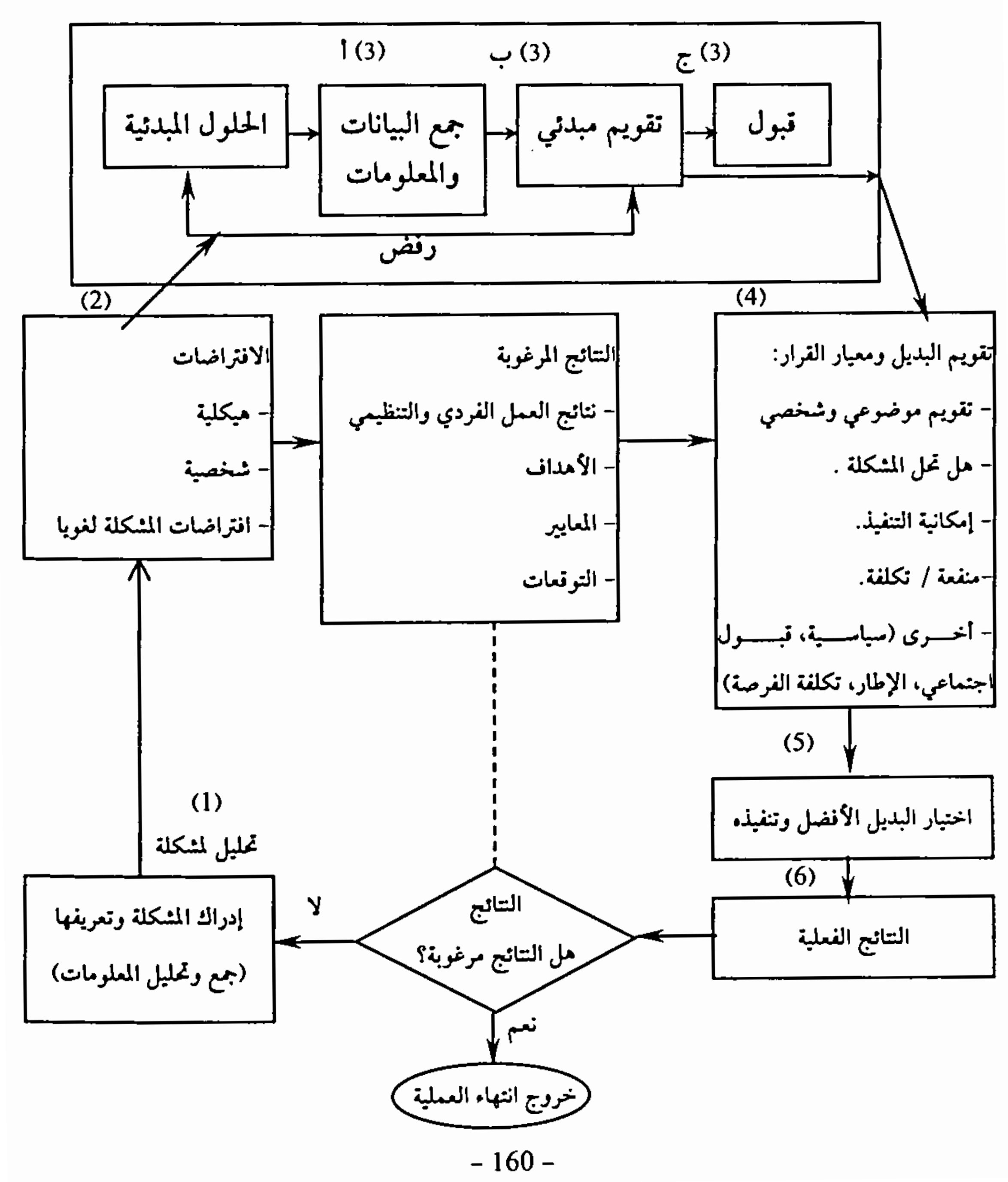
هنالك عدد من العوامل المؤثرة على عملية حل المشاكل كما يلي:

1. خصائص الشخص الذي يحل المشكلة من حيث المعرفة، والخبرة، والحكمة والإدراك، والشخصية، والتحيز والقيم والفلسفة.
2. خصائص الموقف ويتضمن ما يلي:
   1. الحاجة إلى نتائج عاجلة، نتيجة لضغوط الوقت.
   2. حجم المشكلة، وأهميتها.
   3. هيكلية المشكلة بمعنى درجة بساطتها أو تعقيدها ودرجة التأكد من النتائج والمخاطرة المحتملة المترتبة على الحل.
   4. تكلفة / منفعة، ويشير إلى تكلفة الحل أو البديل المقترح والمنافع المترتبة عليه بمفهوم النقود.
3. البيئة الخارجية والداخلية:

وتشمل البيئة الخارجية البيئة القانونية، السياسية، الاقتصادية، الثقافية، التنافسية.

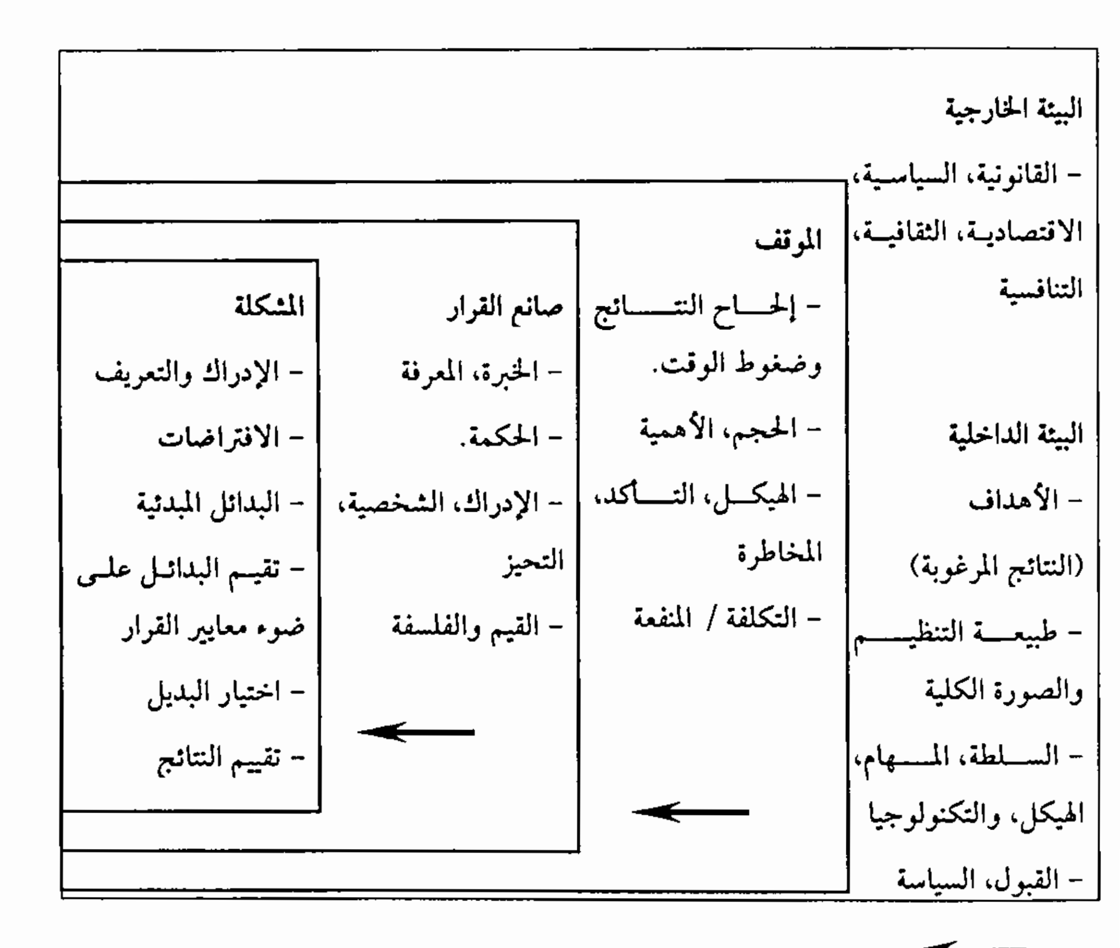
وتشمل البيئة الداخلية الأهداف (النتائج المرغوبة) المراد تحقيقها، ومدى القبول بها من العاملين، وطبيعة التنظيم، والقضايا المتعلقة بالسلطة، المهام، الهيكل، التكنولوجيا، القبول، والنواحي السياسية.

شكل رقم (16)
حل المشاكل: العملية والنموذج



شكل رقم (17)

العوامل المؤثرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات



أساليب حل المشاكل واتخاذ القرارات:

يتحمل المدراء مسؤولية حل المشاكل واتخاذ القرارات المتعلقة بمجال مسؤولياتهم ودوائرهم، كما أنهم مسؤولين عن النتائج وتخصيص الموارد وتوظيفها بشكل أفضل، ورغم مسئوليتهم الفردية عن ما تقدم. فقد يختاروا إشراك الرؤساء الزملاء والمرؤوسين وهذه المشاكل قد تتراوح من اللامشاركة وما ينتج عن ذلك من

أحادية في حل المشاكل واتخاذ القرارات إلى درجة من المشاركة من قبل الآخرين على شكل استشاري إلى مشاركة حقيقية على شكل اتخاذ قرار جماعي وبشكل متساوي من قبل كل المشاركين.

مزايا الأسلوب الأحادي (الفردي) في اتخاذ القرارات:

1. فعالية الوقت / السرعة في اتخاذ القرار.
2. أقل تكلفة نتيجة لقلة الوقت (الساعات) المصروفة.
3. الضغوط الاجتماعية على المشاركين للاتساق مع رأي الآخرين، مما قد ينتج عن قرار سيئ في حالة استعمال الأسلوب الجماعي وهذا يعتبر ميزة للأسلوب الفردي.
4. احتمالية اتخاذ قرارات خطيرة أو حاسمة حيث ان المجموعة أكثر جرأة من الفرد على اتخاذ مثل هذه القرارات حيث يقل اتخاذ القرارات الخطيرة في الأسلوب الفردي.؟

مزايا الأسلوب الجماعي في اتخاذ القرارات:

1. قرارات ذات جودة أفضل نتيجة لتعدد وجهات النظر والخبرات والمعارف.
2. قدرة أفضل على تحديد وتعريف المشكلة وتوليد عدد أكبر من بدائل الحلول كما أن المرؤوسين هم عادة أقرب إلى المشكلة وأكثر معرفة بها.
3. زيادة فرص قبول القرار وتسهيل تنفيذه حيث أن المشاركة تخلق الالتزام.
4. تحسين الاتصال والتنسيق نتيجة مشاركة المرؤوسين بالقرار ومعرفتهم بالحل.

العوامل المؤثرة على أسلوب اتخاذ القرار:

1. طبيعة المشكلة وأهميتها فكلما كانت المشكلة معقدة كان الأسلوب الجماعي أفضل.
2. مدى أهمية قبول القرار لغايات تنفيذه فكلما زادت أهمية القبول بالقرار من العاملين لتسهيل عملية تنفيذه كلما كان القرار الجماعي أفضل.

أساليب حل المشاكل واتخاذ القرارات / نموذج فيروم:

1- أتوقراطي (A1) يقوم المدير بحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل منفرد مستعملاً المعلومات المتوفرة وقت اتخاذ القرار.

2- أوتوقراطي (A11) يقوم المدير بالحصول على المعلومات من المرؤوسين ثم يأخذ القرار بشكل منفرد. وهنا يمكن أن يقوم المدير بإبلاغ المرؤوسين عن المشكلة ويمكن أن لا يبلغهم عند حصوله على المعلومات منهم.

3- المشاور (أ) (CI) يطلع المدير المرؤوسين (أصحاب العلاقة) على المشكلة بشكل فردي ويحصل على أفكارهم واقتراحاتهم بشكل فردي.

4- المشاور (ب) (C11) يطلع المدير مرؤوسيه على المشكلة كجماعة ويطلب اقتراحاتهم وآراءهم ثم يأخذ القرار بشكل فردي والذي يمكن أو لا يمكن أن يعكس مساهماتهم.

5- القرار الجماعي يطلع المدير مرؤوسيه على المشكلة كجماعة. ويقوموا كجماعة بتوليد البدائل وتقويمها ويحاولوا الوصول إلى اتفاق كمجموعة (إجماع) على الحل. ويكون دور المدير هنا كرئيس للجلسة دون أن يحاول التأثير على المجموعة لتبني حلاً محدداً. بل يقبل وينفذ الحل الذي تدعمه الجماعة.



الفصل السابع

نظرية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي

- الخصائص المميزة للمنظمة الصحية كتنظيم معقد التركيب
- المنظمة الصحية ونظريات لتنظيم
- النظرية التقليدية للتنظيم.
- النموذج البيروقراطي للتنظيم
- النظرية الحديثة للتنظيم.
- المنظمة الصحية كتنظيم مصفوف.
- تصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية.
- تكوين الدوائر.
- علاقات السلطة.
- تفويض السلطة.



الفصل السابع

نظرية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي

مقدمة:

تجمع أدبيات الإدارة الصحية والباحثين في أدبيات القطاع الصحي ومؤسساته على أن المنظمة الصحية أحد أكثر التنظيمات تعقيداً وتميزاً في الوجود بالمقارنة مع التنظيمات الأخرى بما فيها التنظيمات الخدمية. ولقد أبدى الكثيرون ممن درسوا المنظمات الصحية دهشتهم من أن مثل هذه المؤسسات يمكنها أن تعمل على الإطلاق. ومما لاشك فيه أن هذا التعقيد والتميز ينبع من خصوصية وتميز هذه المنظمات عن غيرها من التنظيمات وما يتطلبه ذلك من ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتفق مع طبيعتها المتميزة. وقبل البحث في تنظيم المنظمة الصحية وما يمكن تبنيه وتطبيقه من مبادئ الإدارة والتنظيم في مثل هذه المؤسسة لابد لنا من التعرف على هذه الخصائص وتحليلها وبيان أثرها على أدائها وتنظيمها. ويمكن إرجاع تعقيد المنظمة الصحية إلى عدد من الخصائص التي تكاد تنفرد عن أي تنظيم آخر بما في ذلك التنظيمات الخدمية وأهم هذه الخصائص هي:

الخصائص المميزة للمنظمة الصحية:

يمكن تحديد خصائص المنظمة الصحية كما يلي:

1- تعدد الأهداف التي تسعى المنظمة الصحية لتحقيقها، فرغم أن الهدف الرئيسي والأساسي هو تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية وبأقل كلفة ممكنة إلا أن هنالك العديد من الأهداف الأخرى والتي لابد لها من القيام بها وتحقيقها في مجال تدريب وتعليم الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين والعاملين في حقل الإدارة الصحية والقيام بالأبحاث العلمية والطبية التي من شأنها تحسين جودة

الرعاية الطبية ورفع المعرفة الطبية ككل. إضافة إلى دورها في مجال الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها قبل استفحالها كهدف رئيسي ثاني.

إن التنسيق بين هذه الأهداف وتكاملها مع بعضها يشكل تحدياً لإدارة المنظمة سيما وأنها مقيدة بالموارد المتاحة لها والتي تتصف بالمحدودية وارتفاع التكلفة. وإضافة إلى ذلك فإن بعض هذه الأهداف يتعارض مع البعض الآخر. فعلى سبيل المثال أن استعمال المرضى كمادة تعليمية وتدريبية للأطباء المتدربين ولغايات الأبحاث العلمية يمكن أن يتعارض مع الهدف الرئيسي للمنظمة والمتمثل بتقديم مستوى عال وجيد من الرعاية الطبية وبأقل كلفة ممكنة لما تتطلبه من إمكانات مادية ومخصصات مالية إضافية. كم أن التعليم والتدريب والأبحاث الطبية تتعارض مع حقوق المرضى فيما يتعلق بتوفير قدر من السرية لهم Privacy وتوفير أسباب الراحة والرضاء للمريض. كما أنها تتطلب أحياناً مدة زمنية أطول مما تتطلبه عملية التشخيص والمعالجة خدمة لأغراض التدريب والبحث مما ينعكس مباشرة على ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية وبشكل خاص الاستشفائية منها.

2- التقسيم الواسع للعمل وتنوع واختلاف التركيبة الاجتماعية للعناصر البشرية العاملة في المنظمة الصحية.

يتصف العمل في هذه المنظمات بدرجة عالية من التخصص والتمايز والاختلاف وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية المختلفة في خلفياتها العلمية وخبراتها ومهاراتها ومواقفها وقيمها وتطلعاتها واحتياجاتها ابتداءً من الأطباء والمدراء كأهم العناصر البشرية من حيث التعليم والثقافة وحساسية وأهمية الدور الذين يقومون به وانتهاء بعمال التغذية والنظافة الأقل حظاً من التعليم والثقافة وما يقع بينها من عناصر مهنية مساعدة. إن التوفيق بين هذه العناصر المختلفة والتنسيق بينها وجمعها في مجموعة واحدة وتوجيهها باتجاه تحقيق الأهداف الكلية للتنظيم هو أمر في غاية الصعوبة كما أن احتمالات ومجالات الاحتكاك والصراع بين هذه العناصر هو دائم الوجود.

إن دور المدير كمنسق بين هذه العناصر وكمسؤول عن إدارة وتنظيم الأنشطة المختلفة هو أكثر حساسية وصعوبة كما أن عملية اتخاذ القرارات الهامة تحتاج إلى الكثير من الدراسة والمناقشة مع هذه العناصر ومشاركة العديد منها في هذه القرارات.

3- تداخل الخدمات والأنشطة واعتمادها الكبير على بعضها البعض. إن الرعاية الطبية الحديثة تقوم على خدمات وأنشطة وتخصصات مختلفة ومتعددة تعود لحقول معرفية متعددة Interdisciplinary care فبسبب الدرجة العالية من التخصص والتقسيم الواسع للعمل في المنظمة الصحية نجد أن كل شخص يعمل فيها يعتمد إلى حد كبير في إنجاز عمله والقيام بدوره في التنظيم على ما يقوم به غيره من العاملين في التنظيم.

إن مثل هذه التداخل في الأنشطة والاعتماد الكبير على بعضها البعض يتطلب قدراً كبيراً من التنسيق بين الأقسام والدوائر المختلفة لضمان الفعالية والكفاءة في تحقيق الأهداف. ويعتبر ذلك من المهام الصعبة التي تواجه المدير الصحي في سبيل خلق وإيجاد البيئة التنظيمية المناسبة لأداء خدمات الرعاية الطبية والتي تقوم على عمل جماعي وتخصصات وأنشطة تعود إلى حقول معرفية مختلفة وعلى ذلك فإن الاعتماد على خطوط السلطة الرسمية وعلى التعليمات والقواعد واللوائح الرسمية يمكن أن يحقق مستوى محدود من التنسيق المطلوب ولذلك لابد من الاعتماد على تحفيز العاملين لضمان مستوى عال من التنسيق المطلوب بين الأنشطة المختلفة وبما يضمن إنجاز الأهداف المرسومة بإطار من الفعالية والكفاءة.

4- الطبيعة الطارئة لعمل المنظمة الصحية: إن الطلب على الجزء الأكبر من خدمات المنظمات الصحية هو ذا طبيعة طارئة وغير قابل للتأجيل أو التأخير أو الانتظار. وهذا يجعل من الصعب على إدارة المنظمة والعاملين فيها توقع حجم العمل ومزيج الحالات المرضية التي يمكن أن ترد إليها وتتضمن هذه الخصيصة عدداً من المضامين لمدير المنظمة وتحملها أعباء كثيرة كما يلي:

أ- ضرورة التشغيل المستمر على مدار 24 ساعة ولسبعة أيام في الأسبوع وما يفرضه ذلك من تكاليف إضافية مرتفعة إضافة إلى المشاكل الكثيرة المتعلقة

ببرمجة الأنشطة والخدمات المختلفة على مدار الساعة ومشاكل المناوبات والورديات والأفراد.

ب- تتطلب الطبيعة الطارئة للعمل جاهزية واستعداد مستمر من جانب كافة الأجهزة والموارد والعاملين لمواجهة الظروف الطارئة التي قد تحدث في أي وقت مما يضع عبئاً ثقيلاً على العاملين.

ج- إن الطبيعة الطارئة للعمل تدفع المدراء والمشرفين غالباً إلى تبني أسلوب الإدارة بالأزمات بدلاً من أسلوب الإدارة بالأهداف والأسلوب الاوتوقراطي أكثر من الأسلوب الديمقراطي في الإدارة حيث لا مجال للتشاور والمناقشة عند التعامل مع الظروف الطارئة والأزمات التي قد تحدث في أي وقت.

د- إن المنظمة الصحية وكما هو الحال في التنظيمات الأخرى المشابهة والمنظمة والمعبئة لتحريك واستخدام الموارد المتاحة لها بسرعة لمواجهة الأزمات والطوارئ بشكل فعّال وكفؤ يحتاج ويتطلب قدراً كبيراً من الانضباط والسلوك المنظم وعلى ذلك لابد من تحديد خطوط السلطة والمسؤولية بشكل واضح ولابد من المحافظة على النظام والانضباط بتبني نظام محدد للتأديب والمساءلة يستند إلى لوائح تنظيمية وسياسات واضحة ومحددة. فالمنظمة الصحية وبحكم تعاملها مع قضايا الحياة والموت وحيثما تكون حياة الإنسان وصحته في خطر فإن احتمالات قبول أو تحمل الأخطاء والإهمال في الممارسة الطبية هي قليلة جداً من الأحيان وتترتب عليه عواقب كبيرة تؤثر مباشرة على صحة وحياة الفرد. إضافة إلى أن الخطاء والإهمال في الممارسة الطبية هو غير قابل للإصلاح في كثير

هـ- إن الطبيعة الطارئة للعمل تفسح المجال أمام بعض الأطباء لاستغلال الغموض المتضمن في العمل الطبي حيث نجد أن بعض الأطباء لن يتردد بخلق الطلب غير المبرر على أسرة المستشفى وخدماته كإدخال بعض الحالات المرضية والتي لا تحتاج للدخول أصلاً وبحجة أنها حالات طارئة سيما وأن الأطباء هم الفئة الوحيدة التي يمكنها تحديد وتقدير الحالات الطارئة وهم بنفس الوقت بشر له

ميوله ونزعاته والتي قد تدفعه أحياناً إلى ممارسات طبية غير مبررة ولا يمكن لغير الطبيب تقرير ذلك مما يستدعي رقابة وتقييم الأنشطة الطبية وضمان الاستخدام الرشيد للموارد المتاحة عن طريق الهيئة الطبية نفسها والتي تتمتع بالاستقلال والحكم الذاتي كما هو موضح في تنظيم الهيئة الطبية لاحقاً.

5- المنظمة الصحية تنظيم شبه بيروقراطي: يرتكز التنظيم البروقراطي على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية وهي:

1- تقسيم العمل على أساس من التخصص الوظيفي.

2- سلسلة هرمية محددة للسلطة.

3- نظام محدد من اللوائح والتشريعات التي تحدد واجبات ومسؤوليات وحقوق العاملين في التنظيم.

4- نظام محدد من الإجراءات للتعامل مع ظروف العمل.

5- العلاقات غير الشخصية بين العاملين في التنظيم.

إن المنظمة الصحية هي تنظيم رسمي يشبه إلى حد كبير التنظيمات البيروقراطية وكغيره من التنظيمات الموجهة نحو تنفيذ المهام Task-oriented يعتمد إلى حد كبير على سياسات وقواعد ولوائح رسمية وعلى خطوط رسمية للسلطة لضبط سلوكيات العاملين فيه وتنظيم علاقات العمل بينهم، أن هذا التركيز على الوسائل الرسمية للتنظيم وعلى الإجراءات المحددة للعمل وعلى الرقابة التوجيهية المباشرة أكثر منها على الرقابة الديمقراطية تعطي المنظمة الصحية شخصيتها البيروقراطية التسلطية. وأن مثل هذه الشخصية هي واضحة من خلال الأنماط الحادة نسبياً لعلاقات الرئيس - المرؤوس لتحقيق النظام والطاعة من جانب العاملين ومن خلال الفروق الواضحة في المراكز الوظيفية والاجتماعية بين العناصر العاملة فيه.

ومع انه في السنوات الأخيرة يمكن أن نلاحظ اتجاه متزايد نحو تنظيمات أكثر منطقية للمنظمات الصحية واتجاهاً متزايداً نحو أسلوب الإدارة بالمشاركة فمن غير المحتمل أن تتمكن هذه المنظمات من التخلص من كل الخصائص البيروقراطية في المستقبل القريب وذلك للأسباب التالية:

أ- حقيقة تعاملها المستمر مع قضايا الحياة والموت والصحة والمرض والتي تضع عبئاً ثقيلاً على المنظمة الصحية والعاملين فيها وكما بينا سابقاً وحيثما تكون حياة الإنسان في خطر فهنالك مجالاً محدوداً جداً لاحتمال أو قبول الخطأ والإهمال ولذلك فإن القضاء على الأخطاء والإهمال او التخفيف منها إذا كان يمكن تحقيقه عن طريق الخضوع والتقيد بالقواعد والتعليمات واللوائح الرسمية فإن مثل هذه القواعد الرسمية تصبح ضرورية وهامة في التنظيم.

ب- هنالك اهتمام كبير ودائم من قبل إدارة المنظمة الصحية والجهات الرسمية المخططة والممولة للرعاية الصحية لتحقيق مستوى عال من كفاءة الإنجاز وفي غياب نمط الإنتاج المكنن في المنظمة الصحية فإن هذا الاهتمام يدفعها الى استعمال وسائل شبه بيروقراطية لإدارة وتنظيم ورقابة الأنشطة بما فيها اللوائح الرسمية والإجراءات المحددة للعمل والإشراف المباشر عليه.

ج- هنالك قصور واضح في ما هو موجود من بدائل إدارية وتنظيمية يمكن استخدامها لضمان وضوح المسؤوليات وكفاءة الإنجاز في المنظمات الصحية. فمن المعروف أن نظريات الإدارة والتنظيم انبثقت من مؤسسات الأعمال والصناعة وجرى تطبيقها حديثاً على المنظمات الصحية وأن الكثير من مبادئ الإدارة والتنظيم التي تقوم عليها هذه النظريات لا تتناسب مع الطبيعة المتميزة والخاصة لهذه المنظمات وبالتالي لا تفي باحتياجاتها. إن غياب النظرية الإدارية والتنظيمية الخاصة بمؤسسات القطاع الصحي قد دفع هذه المؤسسات إلى الأخذ بالمبادئ المعروفة للإدارة والتنظيم والتي نشأت وترعرعت كما أسلفنا في قطاع الأعمال والصناعة.

6- المنظمة الصحية تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلة: فأهم مدخلاته هو الإنسان (المرض والعاملين فيه) ومخرجاته الرئيسية والتي هي رعاية المرضى تتألف من خدمات شخصية وفردية ويتم معظمها بواسطة الإنسان.

فرعاية المرضى والتي هي الهدف الأساسي للتنظيم والمخرجات الرئيسية له هي خدمات فردية (يجري تخطيطها وتقديمها وفقاً للاحتياجات الفعلية لكل حالة مرضية)

وليست خدمات نمطية متشابهة. وتقدم هذه الخدمات بواسطة الأطباء والمرضات والمهنيين الصحيين الآخرين وفقاً لاحتياجات ومتطلبات كل حالة مرضية على حدة. وإن هذه الخدمات التي تقدم للإنسان وبواسطة الإنسان وعلى أساس فردي ووفقاً للاحتياجات والمتطلبات المحددة للمريض لا تخضع إلا لقدر ضئيل جداً من التنميط أو المكننة أو التخطيط المسبق. فالمنظمة الصحية لا يمكنها اللجوء إلى ما يسمى بالإنتاج الكبير كما هو الحال في المصانع ومؤسسات الأعمال. ويترتب على ذلك أمران الأول إن مقدمي هذه الخدمات والمستهلكين لها (المرضى) يمارسون مقداراً كبيراً من الرقابة على عمل المنظمة الصحية والثاني أن المنظمة تتمتع بقدر قليل من السيطرة والتحكم في حجم العمل ومزيج الحالات التي يمكن أن تتعامل معها في أي وقت وكذلك الأمر بالنسبة لجودة ومستوى الأداء.

ونخلص إلى القول بأنه نظراً لاختلاف حجم العمل ومزيج الحالات التي يمكن أن ترد للمنظمة الصحية في أي وقت وعدم انتظام تدفق ذلك. ونظراً لأن خدمات الرعاية التي تقدمها هي خدمات فردية أكثر منها نمطية ونظراً لأن غالبية الأنشطة والفعاليات فيها لا يمكن مكننتها وتنميطها أو تخطيطها بشكل مسبق وعلى أساس خط التجميع أو الإنتاج الكبير كما هو الحال في مؤسسات الصناعة والأعمال فلابد للمنظمة الصحية من أن تعتمد وإلى حد كبير على العناصر البشرية المتعددة والعاملة فيها للقيام بالتعديلات اليومية والتأقلم المطلوب على ضوء الأوضاع اليومية المتغيرة التي تواجهها وهذه التعديلات لا يمكن تفصيلها وتوضيحها بشكل كامل من خلال التعليمات واللوائح التنظيمية الرسمية. وكذلك فإن قدراً من الانحراف عن هذه التعليمات واللوائح الرسمية يمكن أن يكون ضرورياً لمواجهة حالات وضروف محددة أو أوقات محددة. وهكذا فإن البيروقراطية وما تقوم عليه من قواعد وتشريعات ولوائح جامدة ومحددة والرقابة المباشرة يمكن أن تسيء لفعالية الأداء في المنظمة الصحية على المدى الطويل.

7- مشكلة المهنة والاحتراف في المنظمات الصحية Professionalism يعرف فردسون المهني "بأنه الشخص المؤهل علمياً وعملياً في حقل من حقول المعرفة وكنتيجة لبرنامج

طويل ومتخصص من التدريب الذهني والذي يلتزم باستعمال معرفته وعلمه ومهارات وفقاً للمعايير المحددة من قبل أصحاب المهنة التي ينتمي لها".

وتؤكد معايير العمل لدى المهنيين وبشكل دائم على نقطتين هامتين هما:

1- الحكم والإدارة الذاتية للمهنيين ككل.

2- الاستقلال والحكم الذاتي لكل ممارس من هؤلاء المهنيين ضمن إطار الحدود التي تضعها المهنة ذاتها.

إن غالبية أولئك الذين يتحملون المسؤوليات الرئيسية لخدمات الرعاية الطبية هم مهنيون محترفون ويشمل هؤلاء الأطباء والممرضات والصيادلة والفنيين والمدراء. ويأتي الأطباء على رأس هذه المجموعة. إن الدرجة العالية من الاحتراف والمهنة للأطباء إضافة إلى مركزهم المتميز في المنظمات الصحية يمكن أن يشكل مصدراً للمشاكل الإدارية والتشغيلية لإدارة المنظمة للاعتبارات التالية:

أ- إن الأطباء في العادة وبحكم تعليمهم وتدريبهم وتمهنهم لديهم الاحتياجات والدوافع القوية للاستقلال الشخصي والتمتع بقدر كبير من الحرية والإدارة الذاتية عند ممارستهم لعملهم وهم بذلك ميالون لمقاومة النظام والانضباط الذي تفرضه التشريعات واللوائح التنظيمية الرسمية.

ب- يميل الأطباء إلى الالتزام باستعمال معارفهم ومهاراتهم وفقاً للمعايير التي تضعها مهنة الطب لأعضائها لا وفقاً للقواعد والتعليمات واللوائح التي تضعها السلطة لإدارية في هذه المنظمات.

ج- يمتلك الأطباء المعارف المتخصصة والكفاءات الفنية المطلوبة والضرورية للقيام بدورهم في التنظيم وبشكل مستقل نسبياً. ولكن الكثير من القرارات التنظيمية والتي تؤثر على الأطباء وعلى أداء عملهم في التنظيم يتخذها المدراء الذين يمتلكون السلطة الشرعية لاتخاذ القرار. والمشكلة هي أن الأطباء لديهم المعرفة الطبية المتخصصة والمهارات الفنية التي تؤهلهم دون غيرهم ممارسة الطب ولكنهم يمتلكون القليل من المعرفة والخبرة الإدارية. وفي الجانب الآخر نجد أن المدراء الصحيين لديهم المعرفة والخبرة الكافية في الإدارة وتقنياتها ولكنهم يمتلكون القليل

من المعرفة الطبية. إن هذا الوضع يمكن أن يؤدي إلى احتكاكات خطيرة بين الجانبين أو على الأقل يهيئ الفرصة لظهور قضايا هامة تعود للسلطة والصلاحيات والمسؤوليات.

د- إن الأطباء وبحكم مهنتهم يتمتعون بمراكز أعلى من تلك التي يحتلها غيرهم من أصحاب المهن في المنظمة الصحية بما في ذلك من يديرون هذه المنظمات من أعضاء مجلس إدارة أو مدراء صحيين. وحتى عندما لا يتمتع هؤلاء الأطباء بسلطة رسمية مفوضة لهم في التنظيم فإن مؤهلاتهم العلمية وخبراتهم ومهاراتهم تمكنهم من ممارسة قدر كبير من النفوذ والسلطة والتأثير على كافة العناصر البشرية العاملة في المنظمة وعلى مختلف مستوياتهم. لذلك فإن عبئ التأقلم والتعايش مع هذه الحقائق والأوضاع يقع بالنتيجة على كاهل الفئات الأخرى من العناصر البشرية العاملة في المنظمة الصحية من ممرضات ومدراء وكل من هم من غير فئة الأطباء.

8- غياب خط السلطة المنفرد: إن غياب خط السلطة المنفرد في المنظمة الصحية هي خصوصية أخرى مميزة لها والتي ترتبط مباشرة بخصوصية المهنة والاحتراف.

فالسلطة في التنظيم لا تنبثق من مصدر واحد ولا تسلسل عبر خط واحد للأمر كما هو الحال في التنظيمات الأخرى. وتخلق هذه الخاصية وبشكل دائم مشاكل إدارية وتشغيليه لإدارة المنظمة الصحية كما يلي:

أ- تزيد من صعوبة مهمة التنسيق الرسمي بين الدوائر والأقسام المختلفة في المنظمة لحقيقة تعدد مصادر السلطة فيها ووجود أكثر من رئيس للمرؤوس الواحد.

ب- حدوث الارتباك والغموض في التنظيم لعدم وضوح وتداخل خطوط السلطة والمسؤولية والالتزام.

ج- تسمح بظهور أوضاع يكون فيها عدد كبير من العناصر البشرية العاملة في التنظيم (وبشكل خاص المرضات) مسؤولون ليس فقط أمام المسؤول الرسمي لهم بل كذلك أمام الأطباء ويتلقون أوامر وتعليمات من هاتين الجهتين وما يجدر ذكره أن السلطة الرسمية المثلة بإدارة التمريض والسلطة المهنية التي يمتلكها الأطباء (والتي تخولهم إصدار الأوامر والتعليمات للممرضات) ليست متفقة ومنسجمة دائماً.

د- زيادة المشاكل والصعوبات المتعلقة بالاتصالات وقضايا المساءلة والانضباط والتأديب.

هـ- يزيد من صعوبة حل المشاكل التي تحتاج إلى التعاون والجهود المشتركة بين الهيئة الطبية والهيئة الإدارية.

و- يتمتع المدير الصحي بسلطة أقل من نظرائه في مؤسسات الأعمال والصناعة لأن هذه المنظمات لا يمكن تنظيمها على أساس من خط السلطة المنفرد لوجود المهنيين في التنظيم وخاصة الأطباء الذين يمارسون قدر كبير من السلطة غير الرسمية فيها.

9- ظروف العمل غير العادية في المنظمات الصحية: تتعامل هذه المنظمات مع قضايا الحياة والموت والصحة والمرض مما يضع عبئاً ثقيلاً وإرهاقاً مادياً ونفسياً على العاملين فيها بمختلف مستوياتهم وفئاتهم. حيث نجد أن المرضى وبسبب حالتهم المرضية على قدر كبير من القلق والترقب وعدم الارتياح وكذلك الأمر بالنسبة لذوي المريض من أقارب وأصدقاء وزائرين كما أن الأطباء والممرضات بحالة من القلق والإجهاد الدائم بسبب ضغوط ومفاجآت العمل ودقة المسؤوليات وقداسة وثقل الأمانة التي يتحملونها مما يجعل من البيئة الكلية للمنظمات الصحية وظروف العمل فيه أمرا مختلفاً عن أي تنظيم آخر.

10- مشكلة قياس المخرجات النهائية للمنظمات الصحية: إلى الآن لا يوجد معايير دقيقة يمكن معها قياس الرعاية الطبية المقدمة للمرضى وحصيلتها النهائية. فلازالت مشكلة جودة الرعاية الطبية وقياسها قائمة في هذه المنظمات ومع أنه قد تم إحراز بعض النجاح والتقدم في تقرير جودة الرعاية الطبية فهنالك الكثير من الأسئلة والقضايا التي لا زالت تبحث عن أجوبة لها وهنالك مقدار كبير من عدم الاتفاق لا يزال موجوداً بين الخبراء والباحثين فيما يتعلق بما يجب ان يقاس وكيف يقاس.

إن جملة هذه الخصائص المميزة للمنظمات الصحية عن غيرها من التنظيمات من غير المحتمل أن تتغير بل ستزداد على الأرجح تعمقاً وحدة مع التقدم المستمر والسريع للعلوم الطبية وما تقوم عليه من تكنولوجيا طبية معقدة. الأمر الذي سينتج

عنه تقسيم أبعد وأوسع للعمل وتمايز وتداخل أكبر بين الأنشطة ودرجة أعلى من المهنة والاحتراف والتخصص بين العناصر البشرية العاملة فيها مما سيزيد وبشكل مستمر من صعوبة إدارة وتنظيم هذه المؤسسات ويفرض تبني وتطوير ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتماشى مع خصوصيتها وطبيعتها المتميزة وتفي باحتياجات إدارتها وتنظيمها.

والحقيقة هي عدم وجود النظرية الإدارية الواحدة والتي يمكن تطبيقها على كافة أنواع التنظيمات بغض النظر عن نوعية النشاط الذي تمارسه والهدف الذي تسعى لتحقيقه. ونظراً لأن النظريات المعروفة في الإدارة والتنظيم وما تقوم عليه من مبادئ وأسس إدارية وتنظيمية قد نشأت وترعرعت في قطاع الصناعة والأعمال إضافة إلى الاعتقاد الخاطئ بإمكانية تطبيقها وملاءمتها للمؤسسات الصحية بنفس درجة تطبيقها وملاءمتها لمؤسسات الصناعة والأعمال كذلك قد أدى إلى غياب النظرية الإدارية والتنظيمية التي تتماشى وتتفق مع الطبيعة المتميزة للمنظمات الصحية وخصوصيتها. فقد تم سحب هذه النظريات وتطبيقها على هذه المنظمات بشيء من التعديل والاختيار من بين النماذج التنظيمية التي أفرزتها هذه النظرية.

المنظمة الصحية ونظريات التنظيم:

بالرغم من الجهود الكبيرة والاجتهادات المتعددة التي بذلها الباحثون وكتاب الإدارة والمدراء الممارسين لبلورة نظرية محددة حول الطريقة التي يمكن معها تنظيم وإدارة المنظمات المختلفة فحقيقة الأمر أنه لا توجد نظرية إدارية واحدة يمكن تطبيقها على كافة أنواع التنظيمات وبغض النظر عن نوعية النشاط الذي تمارسه والهدف الذي تسعى لتحقيقه. وعلى ذلك لابد للمديرين عند محاولتهم تنظيم أنشطة وفعاليات التنظيمات التي يديرونها من الاختيار من بين نظريات ونماذج ومفاهيم وأفكار تنظيمية مختلفة ومتعارضة أفرزتها الجهود الكبيرة والمختلفة وغير المنسقة لعدد كبير من الباحثين والمهنيين في مجال العلوم الإدارية من علماء نفس واجتماع وعلماء النفس الاجتماعيين ومهندسين ومديرين ممارسين وغيرهم. وقد عبر مارش وسايمون عن ذلك بشكل ممتاز بالقول "إن أدبيات التراث الإداري تترك المرء بانطباع أنه بعد

كل ما قيل ليس هنالك الكثير والجديد حول المنظمات ولكنه قد قيل مراراً وتكراراً بلغة مختلفة ومتعددة". وسنحاول فيما يلي ان نقدم عرضاً موجزاً للنظريات والمفاهيم التنظيمية المعروفة الكلاسيكية منها والحديثة.

النظرية التقليدية للتنظيم:

ظهرت النظرية التقليدية للتنظيم في الأدبيات الإدارية خلال الفترة من 1890-1940 وبالتزامن إلى حد ما مع نمو أدبيات الإدارة العلمية وبينما ركزت الإدارة العلمية على العمل المنفذ عند المستوى الأدنى من التنظيم فقد ركزت النظرية التقليدية على التنظيم ككل وتعاملت مع القضايا الأكثر تعقيداً مثل تكوين الدوائر في التنظيم وتحديد نطاق الإشراف وقضايا تفويض السلطة. وينظر المنظرون التقليديون إلى قضية تصميم الهيكل التنظيمي كإحدى الوظائف الإدارية بما فيها التخطيط والتوجيه والرقابة. وقد دأب المنظرون التقليديون على تطوير حقائق أو مسلمات عامة لإرشاد المدير عند ممارسته لوظيفة التنظيم وهو ما يعرف بالمبادئ التقليدية للتنظيم. ويعتبر ماكس فيبر 1864-1920 عالم الاجتماع الألماني احد أهم الذين طوروا النظرية التقليدية للتنظيم والذي تنسب إليه البيروقراطية كمفهوم تنظيمي حيث اعتقد فيبر أن البيروقراطية تمثل النموذج التنظيمي المثالي والأقرب للكمال.

النموذج البيروقراطي للتنظيم:

رغم أن مفهوم البيروقراطية يحفز صورة سلبية في عقول الكثير من الناس من حيث ربطها بمفاهيم سلبية تعود لازدواجية الجهود وتأخير تنفيذ العمل والإحباط العام الذي يسود الكثير من التنظيمات الكبيرة الحجم إلا أن مفهوم البيروقراطية كما استعمله فيبر يعني شيئاً مختلفاً كلياً. فقد استعمله ليصف هيكل تنظيمي مثالي يرتكز على المفهوم الاجتماعي القاضي بترشيد الأنظمة الجماعية للمجموعات المتعاونة. ويقوم النموذج البيروقراطي على المرتكزات الأساسية التالية:

1- تقسيم العمل بالاستناد على التخصص الوظيفي للعمالة. حيث تقسم المهام والأنشطة الضرورية لإنجاز الأهداف بين العناصر العاملة حسب تخصصاتها.

2- الترتيب الهرمي للمراكز الوظيفية أو هرمية السلطة وتسلسلها من أعلى إلى أسفل.
3- نظام متناسق من القواعد واللوائح المحددة التي تغطي حقوق وواجبات ومسؤوليات شاغلي المراكز الوظيفية.
4- نظام محدد للإجراءات الواجب اتباعها عند تنفيذ الأعمال.
5- العلاقات غير الشخصية بين العاملين في التنظيم وعدم السماح للعلاقات الشخصية والعواطف للتدخل والتأثير بالقرارات المنطقية.
6- اعتماد الكفاءة الفنية كأساس لتعيين وترقية العاملين في التنظيم.

المبادئ التقليدية للتنظيم:

تقوم النظرية التقليدية للتنظيم على عدد من المبادئ والمفاهيم التنظيمية وفيما يلي أهم هذه المبادئ وأكثرها شيوعاً وتطبيقاً:

1- تقسيم العمل حسب التخصص لضمان فاعلية وكفاءة التشغيل. ويعتبر تقسيم العمل الخطوة الأساسية في التنظيم والوسيلة الطبيعية لإنتاج أكبر وأفضل بنفس الجهود. حيث يتم تقرير وتحديد الأنشطة الضرورية لإنجاز الأهداف الكلية للتنظيم ومن ثم تقسيم هذه الأنشطة إلى دوائر أو أقسام أو أية تسميات تنظيمية أخرى تقوم بالعمل المتخصص. وهنالك عدد من المداخل والأسس التي يمكن استعمالها لخلق وتكوين الدوائر في التنظيم والتي سنأتي على ذكرها لاحقاً عند الحديث عن تصميم الهيكل التنظيمي.

2- التنسيق: يعرف التنسيق بتجميع وربط الجهود المتمايزة والمختلفة لتمكينها من العمل بتجانس وتوافق وبما يحقق أهداف التنظيم. وتبعاً لفويل فإن مهمة التنسيق تربط وتشد كافة الأنشطة في المشروع مع بعضها البعض بحيث تتمكن من أداء عملها بشكل ناجح. وينظر المنظرون الكلاسيكيون إلى التنسيق بطرق مختلفة فمنهم من يراه كمرحلة هامة للرقابة ومنهم من يعتبره وظيفة من وظائف الإدارة ومنهم من يراه بأول مبادئ التنظيم ومنهم من قال بأن جودة التنسيق هي العامل الحاسم في بقاء واستمرار التنظيم. وعلى أي حال فإن التنسيق مهمة صعبة وهامة وليس من السهل

تحقيقها فكل دائرة من الدوائر التي يتم تكوينها من خلال عملية التنظيم تؤكد وتركز على تحقيق أهدف التنظيم من منطلق اهتمامها ومصلحتها ووجهة نظرها. وجدير بالذكر أن اختلاف وجهات النظر لا تنطبق فقط على المستويات الإدارية داخل الهيكل الهرمي بل تنطبق كذلك داخل المستوى الواحد وداخل الدائرة الواحدة مما قد ينتج عن ازدواجية في الجهود وتصادم واحتكاك ما لم تعمل الإدارة على التنسيق والتوفيق بينها.

وهنالك ثلاثة وسائل أساسية يمكن للإدارة تحقيق التنسيق من خلالها وهي:

أ- التنسيق من خلال الهرمية حيث يتم ربط الأنشطة المتعددة كما أسلفنا مع بعضها ووضعها تحت هرمية مركزية. وجدير بالذكر أن هذا النمط من التنسيق يمكن أن يفي بالغرض في التنظيمات البسيطة والصغيرة الحجم. اما في التنظيمات الكبيرة والمعقدة كالتنظيمات الصحية بما فيها من مستويات عديدة متخصصة من الدوائر فإن التنسيق الهرمي يصبح أكثر صعوبة. فمع ان مدير المنظمة هو مركز الثقل أو مركز السلطة بالنسبة للهرمية الإدارية على الأقل فمن الصعب عليه التعايش مع كل مشاكل التنسيق التي ستظهر خلال الهرمية وعلى ذلك فلابد له من تدعيم التنسيق الهرمي بوسائل أخرى.

ب- التنسيق من خلال النظام الإداري: حيث يقدم النظام الإداري وسيلة ثابتة لتنسيق الأنشطة ويقصد بالنظام الإداري هنا الإجراءات الرسمية التي تتبع لتنفيذ الأنشطة الروتينية في التنظيم حيث يمكن إخضاع هذه الأنشطة الروتينية لسلسلة من الإجراءات الرسمية المحددة ومن ثم يمكن استعمال المذكرات الرسمية بشكل أفقي بين الدوائر والأقسام. أما بالنسبة للأنشطة غير الروتينية وغير المبرمجة فيمكن تحقيق التنسيق بينها باستعمال اللجان التي تضم في عضويتها أعضاء من دوائر وأنشطة مختلفة لضمان تكامل هذه الأنشطة والتنسيق بينها. ومما يذكر ان استعمال اللجان لغايات التنسيق هو مدخل شائع في المنظمات الصحية كما سيتضح لاحقاً.

ج- التنسيق التطوعي ويقوم هذا التنسيق إلى حد كبير على استعداد ورغبة وقدرة العاملين كأفراد ومجموعات لإيجاد وسائل تطوعية لتكامل أنشطتهم مع العاملين الآخرين في التنظيم. ويتطلب التنسيق التطوعي من الأفراد معرفة كافية عن أهداف التنظيم ووعياً كافياً لأهمية التنسيق والمشاكل التي يواجهها التنظيم في غياب التنسيق.

3- وحدة الأمر ووحدة القيادة: ويشير هذا المبدأ إلى أن كل مرؤوس في التنظيم هو مسؤولاً أمام مشرف واحد ويتلقى الأوامر من شخص واحد ويعتبر فويل إن هذه المبدأ من أهم المبادئ للمحافظة على النظام والاستقرار في التنظيم إذ بغيابه ينتهك النظام وتدب الفوضى والتشويش. وقد أشرنا إلى غياب هذا المبدأ في بيئة المنظمة الصحية وفي كثير من الدوائر والأقسام فيها عندما تكلمنا عن الخصائص المميزة لها كتنظيمات.

4- المساواة بين السلطة والمسؤولية ويشير هذا المبدأ إلى وجوب وجود علاقة متساوية بين مسؤوليات المدير والسلطة الممنوحة له لتمكينه من القيام بهذه المسؤوليات وحقيقة الأمر أنه لا توجد معاد له يمكننا معها المساواة بين المسؤولية والسلطة إلا أن ذلك لا يتعارض مع الفرضية الأساسية لهذا المبدأ والتي تقول بان السلطة والمسؤولية هما متصاحبتان وتسيران معاً بمعنى أنه حيثما أسندت مسؤولية ما لأي فرد في التنظيم فلابد من منحه السلطة اللازمة لتمكينه من القيام بهذه المسؤولية. وجدير بالذكر أن السلطة التي يتمتع بها المدير الصحي هي أقل بكثير من المسؤليات الكبيرة التي يتحملها فبينما هو يتحمل المسؤولية الكلية أمام مجلس الإدارة عن أنشطة وفعاليات المنظمة الصحية إلا أنه يتمتع بقدر محدود من السلطة نتيجة لتشتت السلطة وتعدد مصادرها في هذه المنظمات كما أوضحنا ذلك عند حديثنا عن الخصائص المميزة لها وعلى الأخص الدرجة العالية من المهننة فيها سيما بين الأطباء.

5- محدودية نطاق الإشراف ويشير هذا المبدأ إلى أن هنالك حدود عليا لعدد المرؤوسين الذين يمكن لأي مدير الإشراف عليهم بفعالية وسنأتي على مزيد من التفصيل لهذا المبدأ عند حديثنا عن تصميم الهيكل التنظيمي.

6- تفويض المسائل الروتينية حيث يرى المنظرون الكلاسيكيون وبدون استثناء أن القرارات يجب أن تتخذ عند أدنى مستوى في التنظيم. وهذا يعني أن الإدارة العليا يجب ان لا تتخذ قرارات في المسائل الروتينية والتي يمكن معالجتها بفعالية أكبر في المستويات الدنيا من الهرم الإداري لارتباطها المباشر بالتنفيذ مما يجعلها أكثر معرفة وكفاءة بحقائق الأمور والتي تمكنها من اتخاذ قرارات سليمة أكثر من غيرها.

تمثل هذه المبادئ أهم المفاهيم والمبادئ التنظيمية التي تقوم عليها النظرية الكلاسيكية للتنظيم والتي لابد من مراعاتها والأخذ بها عند محاولة الإدارة تنظيم الانشطة والفعاليات التي تديرها وسوف نتناول هذه المبادئ بقدر أكبر من التوضيح والتفصيل عند حديثنا عن تصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية وتنظيم أنشطتها.

النظرية الحديثة للتنظيم:

تعرضت المبادئ الكلاسيكية للتنظيم في السنوات الأخيرة لبعض الانتقادات من جانب العلماء السلوكيين. وقد جاءت هذه الانتقادات بشكل خاص من هيربرت سايمون حيث أشار إلى وجود التناقضات بين العديد من المبادئ الكلاسيكية بل ذهب إلى أبعد من ذلك ليقول أن المبادئ الكلاسيكية ليست بأكثر من امثال تنقصها الدقة في كثير من الأحيان وليست لها عمومية التطبيق. ويمكن تلخيص هذه الانتقادات بأن المدخل الكلاسيكي هو غاية في البساطة والميكانيكية مما يجعله غير كفؤ وغير ملائم للتعامل مع الجانب الإنساني والمعقد في التنظيم مما يجعل نظرة الكلاسيكيين ومنهجهم في التنظيم غير كامل لإغفاله الكثير من الجوانب الإنسانية الهامة والمؤثرة على التنظيم وقد أورد مارش سايمون عدد من اوجه القصور الأساسية في النظرية الكلاسيكية للتنظيم وذلك من الناحية الإنسانية كما يلي:

1- عدم كمال ودقة الافتراضات المتعلقة بحفز العناصر البشرية في التنظيم.

2- تجاهل الصراع والاحتكاك بين عناصر التنظيم بشكل عام.

3- إن الضغوطات المؤثرة على الإنسان كنظام معقد تحظي باعتبار واهتمام قليل.

4- إعطاء قدر قليل من الاهتمام والانتباه لدور المعرفة والتخصص في تحديد المهام وفي اتخاذ القرارات.

وبينما لم يحل السلوكيون مشكلة التنظيم إلا أنهم قد ساعدوا على تصميم نماذج هيكلية جديدة لمعالجة بعض القصور في النظرية الكلاسيكية مثل تنظيم المشروع Project Organization والتنظيم المصفوف Matrix organization.

إن المنظمات الصحية هي منظمة وفقاً للمبادئ الكلاسيكية للتنظيم. حيث تعتمد في تنظيمها على مستوى عال من تقسيم العمل كما هو واضح في الدرجة العالية من التخصص والتخصص الفرعي في الخدمات والأنشطة التي توفرها كما تعمل على تكوين دوائرها تبعاً لطبيعة النشاط أو العمل By Function وتتبنى مبدأ محدودية نطاق الإشراف وما يصاحبه من قدر كبير من تفويض للسلطة ينتج عن هيكل هرمي بيروقراطي. ورغم أن المنظمات الصحية لازالت تعتمد على المبادئ الكلاسيكية لتنظيم أنشطتها إلا أن البعض منها قد أدخل تغييرات على هياكلها وتنظيمها وذلك على ضوء الانتقادات الموجهة للمبادئ الكلاسيكية إلا أن المشكلة التي تواجهها هنا هي تصميم وتطوير الهيكل التنظيمي القادر على ربط الأطباء والمهنيين الصحيين الآخرين مباشرة بالتنظيم وكسب تعاونهم والتزامهم بأهداف التنظيم وبما يزيد من إشراكهم في الإدارة واتخاذ القرارات الهامة في المنظمة. ويعتبر التنظيم المصفوف المدخل الأكثر منطقية وملائمة في هذا الشأن. وفيما يلي عرض موجز لتطور التنظيم المصفوف وإمكانية تطبيقه والاستفادة منه في التنظيمات الصحية.

تنظيم المشروع:

ظهر ما يسمى بتنظيم المشروع في أمريكا في منتصف القرن الماضي عندما قررت إدارات بعض المشروعات الصناعية الفنية المعقدة (الصناعات الفضائية) تركيز مقدار كبير من الموارد والكفاءات لتحقيق هدف محدد ضمن مدة زمنية محددة. حيث ينضم فريق المشروع المؤلف من أخصائيين وفنيين متعددين ومختلفين معاً تحت إشراف وقيادة

مدير المشروع. فعلى النقيض من الهيكل التنظيمي الوظيفي يجري التركيز هنا إلى حد كبير على الاتصالات الأفقية المباشرة بين الأخصائيين والعاملين في المشروع إذ يندر أن تصعد الاتصالات إلى أعلى وفقاً للسلة الحرمية للأمر وبهذا يوفر تنظيم المشروع قدراً أكبر من المرونة والاستجابة للأفكار الخلاقة والإبداع للعاملين في التنظيم منه في التنظيم الهيكلي الوظيفي. ورغم هذه الميزة لتنظيم المشروع أن أنه هنالك بعض المشاكل المصاحبة لاستعماله وبشكل رئيسي غموض الدور لأعضاء الفريق وحقيقة أن مدير المشروع لابد له من أن يتبني أسلوباً إدارياً جديداً لممارسة عمله بحيث يتم التركيز على إدارة الموارد البشرية وغير البشرية بعيداً عن المدخل الوظيفي الذي يقوم على الحرمية ولابد له أيضاً من أن يدرك إن إدارة المشروع هي نشاط دائم الحركة بمعنى أن التغيير هو نمط يومي متكرر الحدوث لابد من التعايش معه وتقبله وأن الاحتكاك والنزاع الهادف بين عناصر التنظيم يمكن أن يكون ضروري كأسلوب ونمط حياة عند إدارته للمشروع عبر العديد من خطوط الاتصال الراسي والأفقي. وعلى ذلك يتضح لنا أن تنظيم المشروع ليس فقط شكل من أشكال التنظيم الهيكلي فهو فلسفة إدارية أيضاً لاختلافه وبشكل كلي عن وجهة النظر الوظيفية كما يوضح الشكل رقم (11) وعند تطبيق مفهوم تنظيم المشروع على الهيكل الهرمي الوظيفي للمنظمات الصحية ينتج ما يسمى بالتنظيم المصفوف.

المنظمة الصحية كتنظيم مصفوف:

لقد استفادت المستشفيات كما أسلفنا من الانتقادات الموجهة للمبادئ الكلاسيكية للتنظيم وأخذ البعض منها بإدخال تغييرات هيكلية وتنظيمية مستفيدة من النماذج التنظيمية الجديدة التي طورها العلماء السلوكيين وهي تنظيم المشروع والتنظيم المصفوف. فعند تركيب مفهوم تنظيم المشروع على الهيكل الهرمي الوظيفي للمستشفى ينتج ما يسمى بالتنظيم المصفوف والذي يوفر للمستشفى بهيكله الهرمي الوظيفي بعداً أفقياً وجانبياً للاتصالات بين العناصر العاملة فيه وقدر أكبر من المرونة والقدرة على التعامل مع المهنيين الصحيين العاملين فيه والذي يمثلون معارف وتخصصات عديدة ومختلفة.

وإذا ما نظرنا إلى المستشفى نجد أن هنالك التنسيق الهرمي (العمودي) Vertical كما هو واضح من خلال السلسلة الهرمية للأمر وتكوين الدوائر والأقسام وهنالك التنسيق الجانبي و (الأفقي) Horizontal بين الدوائر كما هو واضح من خلال فريق رعاية المريض (Patient care team) والذي يرأسه طبيب واحد ولرعاية مريض واحد. إن وجود كلا هذين النوعين من التنسيق العمودي والأفقي في آن واحد هو ما يسمى بالتنظيم المصفوف. كما هو موضح في الشكل رقم (18).

ومن الجدير بالذكر أن التنظيم المصفوف يستفيد من الخصائص الإيجابية لتنظيم المشروع والتنظيم الهرمي ويجمع معاً هذه الخصائص ويلخص كليلاند وكنج خصائص ومزايا التنظيم المصفوف كما يلي:

1- التركيز على مفهوم المشروع من خلال تعيين فرد واحد كمشرف على المشروع وكقائد للفريق وكمحور مركزي لكافة المسائل والأنشطة المتعلقة بالمشروع.

2- المرونة في استغلال العنصر البشري بسبب توفر الاحتياطي البشري من الأخصائيين والاحتفاظ به على أساس من التنظيم الوظيفي.

3- تواجد المعرفة والمهارات المتخصصة لكافة المشاريع (المرضى) على أساس المساواة حيث يمكن تحويل هذه المعارف والخبرات من مشروع لآخر حسب الحاجة.

4- هنالك تنظيم وظيفي أو دوائر وظيفية يمكن للعاملين أن يعودوا لها عند انتهاء مهمتهم في مشروع معين.

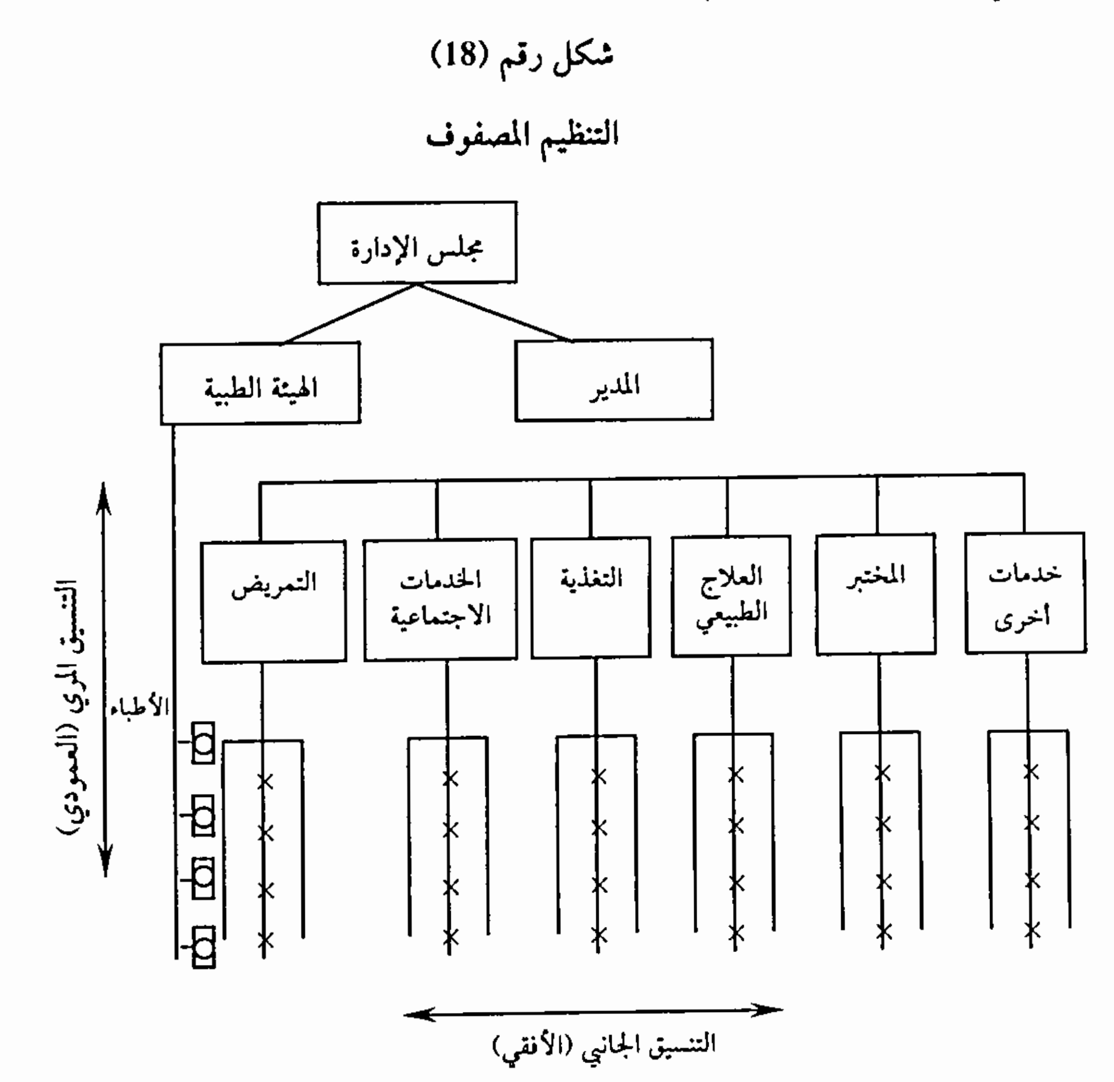
5- إن الاستجابة لاحتياجات المشروع (احتياجات ورغبات المريض) هي وبشكل عام أكثر سرعة بسبب تحديد ووضوح خطوط الاتصالات وبسبب مركزية اتخاذ القرار.

6- يمكن المحافظة على الانسجام والتناسق الإداري بين المشاريع المتعددة (فرق رعاية لمرضى) من خلال الاحتكاك المتعمد والمدروس بين الأدوار المختلفة للعناصر البشرية العاملة في هذه المشاريع والتي تعمل في بيئة منظمة على أساس من التنظيم الوظيفي وتنظيم المشروع Project - Functional Environment.

وهنا لابد لنا من التنبيه إلى أن مفهوم التنظيم المصفـوف لا يبتعـد عـن الهيكـل التنظيمي الكلاسيكي ولكنه يبني عليه ويحسن فيه ويهذب من سلبياته الـتي أشـار لها العلماء السلوكيين في انتقاداتهم للمبادئ الكلاسيكية للتنظيم. وعلى ذلك فـإن المديـر الصحي عند محاولته تنظيم الأنشطة والفعاليات في المنظمة ككل أو أي جزء منها يمكنه أن ينظم هذه الأنشطة على أساس من المبادئ الكلاسيكية للتنظيم مع الانتباه والوعي إلى إمكانيـة التحسـين عليـها بمـا يتـلاءم مـع احتياجـات إدارة المنظمـة الصحيـة وخصوصيتها كتنظيم متميز ولابد له من التعديل والاختيار من بين النماذج التنظيميـة التي أفرزها نظريات التنظيم والإدارة.

شكل رقم (18)

التنظيم المصفوف



(×) تشير هذه العلامة إلى عضو في الدائرة أو القسم بالإضافة إلى كونه عضو في فريق رعاية المريض.

O تشير هذه العلامة إلى قائد الفريق الطبي.

تصميم الهيكل التنظيمي:

ترتبط وظيفة التنظيم بشكل مباشر بوظيفة التخطيط وتركز على الأهداف التي تحددها المنظمة من خلال وظيفة التخطيط. فبعد تحديد أهداف المنظمة وإجراءات وطرق العمل يبدأ المدير الصحب بتصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة وتحديد الأدوار والعلاقات بين عناصر التنظيم وأنشطته لتحقيق الأهداف المرسومة.

والهدف من وظيفة التنظيم هو تصميم الهيكل او الإطار الذي يربط كل العناصر البشرية والمادية المتاحة للتنظيم مع بعضها ومع أهداف المنظمة وهذا الهيكل يسمى الهيكل التنظيمي الرسمي Structure وعلى ذلك يمكننا تعريف وظيفة التنظيم كما يلي: ربط العناصر البشرية والمادية في التنظيم مع بعضها على شكل وحدات تنظيمية يمكن إدارتها وتوجيهها نحو تحقيق أهداف المنظمة المرسومة.

المبادئ الرئيسية التي ترتكز عليها نظرية التنظيم الرسمي:

ترتكز نظرية التنظيم الرسمي على عدد من المبادئ الأساسية تنطوي على أهمية كبيرة لمدير المنظمة الصحية للأخذ بها وترجمتها إلى هيكل تنظيمي رسمي وهذه المبادئ:

أ- مبدأ تقسيم العمل لضمان تحقيق كفاءة التشغيل.

ب- إن الهيكل التنظيمي هو الشبكة الرئيسية لتنظيم وإدارة الأنشطة المختلفة في التنظيم.

ج- محدودية نطاق الإشراف حيث يضع هذا المبدأ حدود عليها لعدد المرؤوسين الذين يستطيع المدير الإشراف عليهم بفعالية.

د- سيادة مبدأ وحدة الأمر أي أن لكل مرؤوس رئيس واحد.

هـ- ان تفويض السلطة هو دم الحياة للتنظيم.

مكونات عملية التنظيم:

تتكون عملية التنظيم من العناصر التالية:

1- تأسيس الهيكل التنظيمي.

2- تحديد وتجميع الأنشطة المتشابهة ضمن وحدات أو دوائر تنظيمية. (تكوين الدوائر) وتحديد المراكز الوظيفية وملئها بالعناصر البشرية.

3- تحديد وتأسيس وتوضيح علاقات السلطة داخل التنظيم.

4- تفويض السلطة.

تكوين الدوائر:

إن الخطوة الأولى لتأسيس الهيكل التنظيمي الرسمي للمنظمة ككل هي تكوين الدوائر والوحدات التنظيمية انطلاقاً من مبدأ تقسيم العمل والتخصص والحاجة إلى التنسيق. ويعني تكوين الدوائر تجميع الأنشطة المتعددة ذات الطبيعة المتشابهة في وحدات إدارية مستقلة تسمى "دوائر" أو "أقسام" أو "خدمات" أو "وحدات" أو أية تسميات أخرى تعتمدها المنظمة.

ويرأس كل منها مدير أو مشرف يفوض له مقداراً كافياً من السلطة لتنفيذ الأنشطة ويتحمل مسؤولية تنفيذ هذه الأنشطة.

إن مسؤولية تكوين الدوائر الرئيسية في التنظيم هي مسؤولية مدير المنظمة. فهو الذي يجمع الأنشطة المتشابهة ويعين مسؤولية إدارتها وتنظيمها لمدير مساعد أو مشرف.

المداخل المتبعة لتكوين الدوائر:

إن تجميع الأنشطة المتشابهة والمرتبطة مع بعضها يمكن أن يتم على أساس من المداخل المتعددة التالية:

1- حسب الوظيفة By Function:

يعتبر هذا المدخل من أكثر المداخل شيوعاً واستعمالاً في تكوين الدوائر وقد درجت المنظمات الصحية بشكل تقليدي على تبني هذا المدخل عند تكوين الدوائر وتصميم الهيكل التنظيمي الرسمي. حيث يجري تجميع الأنشطة المتشابهة التي يتضمنها عمل ما تحت دائرة واحدة وتحت مدير واحد. فعلى سبيل المثال دائرة خدمات التمريض حيث يتبع لهذه الدائرة كافة أنشطة لتمريض في المنظمة وتتحمل مديرة خدمات التمريض المسؤولية الكاملة عن هذه الدائرة وكذلك الأمر بالنسبة لمدير خدمات الغذاء ومدير خدمات الصيانة ومديرة التدبير المنزلي ومدير الشؤون المالية ... الخ.

مزايا استعمال هذا الأسلوب:

1- يمكن هذا الأسلوب من الاستفادة من مبدأ التخصص حيث يتم تجميع الوظائف التي ترتبط مع بعضها والتي تنفذ بواسطة نفس التخصصين ذوي التعليم والخبرات المتشابهة وباستعمال نفس المعدات والتسهيلات.

2- يسهل هذا المدخل وظيفة التنسيق طالما أن هنالك مشرف أو مدير واحد مسؤول عن نوع واحد من النشاط مما يضمن عملية التنسيق.

3- يمكن هذا المدخل من استثمار التخصصات النادرة والمتميزة أو البارزة في التنظيم والتي قد يتمتع بها بعض أفراد التنظيم حيث يمكن وضع هذه الكفاءات المتميزة في خدمة التنظيم ككل.

2- حسب الخدمة المنتجة:

يركز هذا المدخل على السلعة أو الخدمة المنتجة لتكوين الدوائر بدلاً من الوظيفة أو النشاط. إن استعمال هذا المدخل في المنظمات الصحية يتضمن تقسيم المنظمة إلى دوائر على أساس من الخدمة المنتجة مثلاً قسم الجراحة، قسم الباطنية، قسم النساء والولادة، قسم الأطفال، قسم المعالجة المكثفة... الخ. إن كل قسم من هذه الأقسام يرأسه مدير وهو مسؤول عن كافة الأنشطة داخل القسم بما في ذلك الأنشطة غير الطبية كانشطة التمريض والغذاء والتدبير المنزلي والصيانة... الخ.

مساوئ هذا المدخل:

- ازدواجية الجهود والأنشطة فبدلاً من وجود مديرة واحدة لخدمات التمريض كما هو الحال في المدخل الوظيفي فلابد من وجود مديرة تمريض لكل قسم من هذه الأقسام وكذلك الأمر بالنسبة للأنشطة الأخرى.
- إن التنسيق بين خدمات التمريض في هذه الأقسام لن يكون سهلاً طالما أن كل مديرة تمريض ترتبط بمدير مختلف.

إن هذه المساوئ تجعل هذا المدخل غير مناسب وغير عملي لتطبيقه في المنظمات الصحية.

3- المدخل الجغرافي:

يمكن تطبيق هذا المدخل في المنظمات الصحية في حالات محدودة حيث تكون أبنية ومنشآت المنظمة منتشرة على مساحات جغرافية واسعة أو ذات وحدات منفصلة ومتباعدة وبنفس الوقت يجري تنفيذ نفس الأنشطة في هذه المواقع المختلفة عندها يمكن تبني المدخل الجغرافي في تنظيم المنظمة وتكوين الدوائر. كما يمكن تبني هذا المدخل في حالة كون بناء المنظمة من النمط الرأسي (طوابق متعددة).

فعلى سبيل المثال يمكن تقسيم خدمات التمريض إلى وحدات مثل وحدة تمريض الجراحة والباطنية - الطابق الثالث - الجناح الشرقي.

4- حسب المرضى:

ويستعمل هذا المدخل خصائص الأفراد المستهلكين للخدمة الصحية كأساس لتكوين الدوائر على سبيل المثال: دائرة العيادات الخارجية حيث تختص بتقديم الخدمات لمرضى العيادات الخارجية والطوارئ والعيادة الداخلية تختص بخدمة المرضى الداخليين فقط Inpatients.

5- حسب العملية أو الجهاز المستعمل:

حيث يمكن تجميع الأنشطة تبعاً للعملية المراد القيام بها أو تبعاً للجهاز اللازم للقيام بعمل ما. وتستعمل المنظمات الصحية هذا المدخل بشكل كبير لأنها تقوم عادة

بأعمال محددة وتستعمل أجهزة محددة وتتطلب عادة تدريب ومهارات وخبرات خاصة. فكل عمل في المنظمة الصحية يتطلب استعمال جهاز محدد سوف يتم تحويله إلى الدائرة المختصة. على سبيل المثال دائرة الأشعة ودائرة المختبر حيث يتم فيهما أعمال محددة وتستعمل أجهزة محددة.

6- حسب الوقت المحدد:

لما كانت طبيعة عمل المنظمة تتطلب استمرارية التشغيل وتقديم الخدمة على مدار 24 ساعة لذلك لابد لها من تجميع الأنشطة على أساس من الوقت المحدد إلى حد ما على الأقل كما هو الحال في ترتيب المناوبات والشفتات لتغطية استمرارية العمل على مدار الساعة.

وبطبيعة الأمر فإن الأنشطة التي يقوم بها كل شفت (وردية) هي نفس الأنشطة التي يقوم بها الشفت الآخر. لذلك فإن هذا التجميع للأنشطة ينطوي على مشاكل تنظيمية وتنسيقية صعبة ويثير بعض التساؤلات مثل إلى أي مدى يجب أن يكون كل شفت مكتفي ذاتياً وما هي العلاقة بين مشرف الشفت الصباحي ومشرف الشفت الليلي.

الهيكل المركب للمنظمة الصحية Composite Structure:

إن تكوين الدوائر في المنظمة الصحية ليست غاية في حد ذاتها. فعند تجميع الأنشطة وتكوين الدوائر يجب أن لا تحاول الإدارة رسم صورة جميلة أو هيكل تنظيمي لا يخدم تحقيق أهداف المنظمة بشكل فعال وكفؤ. فاهتمام الإدارة الرئيسية يجب أن ينصب على تكوين الدوائر التي تسهل إنجاز الأهداف بإطار من الفعالية والكفاءة وبما يسهل التنسيق والتكامل بين الوظائف والأنشطة المختلفة في المنظمة.

ولضمان ذلك لابد لإدارة المنظمة الصحية من اللجوء إلى استعمال أكثر من مدخل من المداخل السابقة عند تجميع الأنشطة وتكوين الدوائر. وفي الممارسة نجد أن غالبية المنظمات الصحية لديها هيكل مركب يقوم على أكثر من مدخل في تكوين الدوائر حيث يتضمن مداخل مختلفة كالمدخل الوظيفي والجغرافي ومدخل الوقت والبرمجة. إن

أنشطة خدمات التمريض مثلاً منظمة على أساس من مداخل مختلفة، فعلى سبيل المثال مشرفة التمريض (مدخل وظيفي) في وحدة تمريض الجراحة (مدخل وظيفة فرعي) في الطابق الثالث (مدخل جغرافي) في المناوبة الليلة (مدخل الوقت).

المستويات الإدارية ونطاق الإشراف:

إن تكوين الدوائر في التنظيم كما أسلفنا ليست غاية في حد ذاتها وليست مرغوبة لذاتها. فتكوين الدوائر يتطلب تعيين مدراء لإدارة وتنظيم هذه الدوائر وملء المراكز الوظيفية في هذه الدوائر بالعنصر البشري مما ينطوي على تكلفة مادية كبيرة إضافة إلى أن تكوين عدد كبير من الدوائر يزيد من مشاكل الاتصالات والتنسيق بين هذه الدوائر. ومع ذلك فإن تكوين الدوائر في التنظيم لابد منه لتحقيق مبدأ تقسيم العمل والتخصص ومبدأ محدودية نطاق الإشراف فطالما أن هنالك حدود قصوى لعدد المرؤوسين الذين يستطيع أي مدير الإشراف عليهم بفعالية فلابد للمدير من إيجاد الدوائر المختلفة وتعيين مدراء أو مشرفين لهذه الدوائر. ولابد من تفويض السلطة اللازمة لهم للقيام بأنشطة دوائرهم وهؤلاء المشرفين أو مديري الدوائر يفوضوا بدورهم قدراً من سلطاتهم إلى مساعديهم وهكذا تنشأ في التنظيم الدوائر الرئيسية والدوائر الفرعية كما يتضح نطاق الإشراف وعدد المستويات الإدارية هي الهيكل التنظيمي.

العلاقة بين المستويات الإدارية ونطاق الإشراف:

هنالك علاقة عكسية بين نطاق الإشراف وعدد المستويات الإدارية في التنظيم فكلما اتسع نطاق الإشراف قل عدد المستويات الإدارية في التنظيم والعكس صحيح، والمشكلة التي تواجه المدير هنا هي هل يتوجه نحو توسيع نطاق الإشراف أم نحو زيادة عدد المستويات الإدارية في التنظيم؟ ليس من السهل تحديد رقم معين لعدد المرؤوسين الذين يستطيع المرء الإشراف عليهم بفعالية ولكن يمكن القطع بالقول أن هنالك حدود عليا لعدد هؤلاء المرؤوسين ومع أننا لا نعلم ما هي الحدود العليا للرقم إلا أنه نجد في كثير من التنظيمات كبيرة الحجم أن المدير العام لديه من 5-8 مرؤوسين

يرتبطون به مباشرة، وكلما نزلنا أسفل الهرم الإداري ازداد نطاق الإشراف حيث يمكن أن نجد 15-20 مرؤوس يرتبطون بمشرف الخط الأول (أسفل الهرم).

ويعتمد عدد المرؤوسين الذين يمكن للمدير الإشراف عليهم على عدد من العوامل التي لابد من تفحصها قبل تقرير نطاق الإشراف في التنظيم:

1- مؤهلات المدير ويتعلق ذلك بتعليم المدير وتدريبه وخبراته.

2- قدرات وطاقات المرؤوسين فكلما زادت قدراتهم وكفاءتهم أمكن توسيع نطاق الإشراف.

3- توافر الاختصاصيين والخبراء والمساعدين داخل التنظيم والذين يمكنهم تقديم العون والمساعدة والنصيحة للمدير. إن وجود مثل هذه المساعدة لدى المدير يمكنه من توسيع نطاق إشرافه.

4- أهمية الأنشطة التي ينفذها المرؤوسين وتنوع هذه الأنشطة فكلما كانت هذه الأنشطة مهمة و / أو تتغير باستمرار كلما كان نطاق الإشراف أقل.

وإذا كانت الأنشطة روتينية متكررة فإن نطاق الإشراف يمكن أن يتسع ليصل 25-30 وإذا كانت الأنشطة متعددة غير روتينية فإن نطاق الإشراف قد يكون 3-5 مرؤوسين.

5- ديناميكية وتعقد النشاطات: إن بعض الأنشطة الروتينية في المنظمة الصحية هي ذات طبيعة مستقرة وثابتة، والبعض الآخر ذات طبيعة ديناميكية تتميز بالتغيير والمستمر. فالدوائر التي تتعامل مع أنشطة ديناميكية غير متوقعة وتتميز بالتغيير المستمر كوحدة المعالجة المكثفة للقلب فإن نطاق الإشراف يكون ضيق. والدوائر التي تتعامل مع أنشطة روتينية مستقرة كدائرة خدمات الغذاء مثلاً فإن نطاق الإشراف يمكن أن يكون أوسع.

6- الدرجة التي يمكن معها تطبيق وتبني أهداف ومعايير محددة للأداء وإنجاز الأعمال فكلما أمكن ذلك قلت حاجة المرؤوس للاتصال برئيسه والرجوع إليه مما يمكن من توسيع نطاق الإشراف.

علاقات السلطة داخل المنظمة الصحية:

تعني السلطة حق المدير في اتخاذ القرار وحق التصرف وامتلاك السلطة هو الذي يجعل المدير مديراً بمعنى الكلمة وبدون هذه السلطة لا يمكن اعتبار المركز الإداري مركزاً حقيقياً وهنالك ثلاثة أنواع من السلطة في المنظمة الصحية:

1- السلطة التنفيذية Line Authority

2- السلطة الاستشارية Staff authority

3- السلطة الوظيفية Functional authority

إن كثيراً من مشاكل التنسيق والاتصال في المنظمة تعود إلى عدم وضوح وتحديد علاقات السلطة بين عناصر التنظيم لذلك فلابد لمدير المنظمة عند تصميم الهيكل التنظيمي من توضيح علاقات السلطة داخل التنظيم بحيث يعرف كل مدير أو مشرف ماهية العلاقة التي تربطه بالتنظيم. هل يتمتع بسلطة تنفيذية أم سلطة استشارية أم سلطة وظيفية؟ إن عدم توضيح ذلك للمدراء والمشرفين في المنظمة يؤدي إلى عدم التعاون والازدواجية في الجهود وضياع في الوقت والجهد. إن علاقات السلطة هذه يجب أن تكون واضحة من خلال الخريطة التنظيمية التي تبين الارتباطات والعلاقات كما يجب أن يحتوي عليها الوصف الوظيفي بشكل واضح ومحدد.

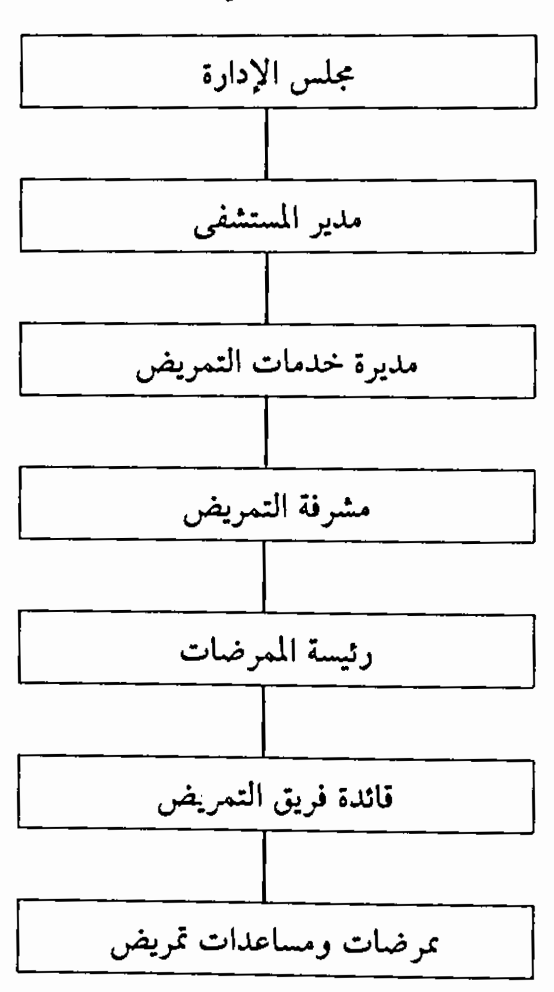
السلطة التنفيذية Line authority:

يمكن تعريف السلطة التنفيذية بحق اتخاذ القرار أو سلطة إعطاء الأوامر وتوجيه الآخرين. والسلطة التنفيذية في التنظيم توضح السلسلة الرسمية للأمر. لذلك فعندما يشار إلى السلطة التنفيذية فإنها تعني وجود رئيس ومرؤوس وخط للسلطة المباشرة بينهما. وخط السلطة المباشرة هذا ينزل من قمة التنظيم إلى أدى مستوى إشرافي في التنظيم الشكل رقم (19) ابتداء من مجلس إدارة المستشفى وانتهاء بقائدة فريق التمريض. وخط السلطة هذا يؤكد على أن كل رئيس يمارس سلطة أمر مباشرة على مرؤوسيه وأن كل مرؤوس يرتبط برئيس واحد ويتلقى الأوامر منه وهذا ما يسمى

بمبدأ وحدة الأمر في التنظيم وهو مبدأ لابد للمدير من مراعاته واتباعه عند تحديد علاقات السلطة داخل التنظيم.

شكل رقم (19)

تسلسل السلطة التنفيذية في المنظمة الصحية



إن هذا النوع من الهيكل التنظيمي الذي يقوم على خطوط مباشرة للسلطة وعلى مبدأ وحدة الامر لا يفي بكافة احتياجات التنظيمات الحديثة والمعقدة وخاصة المنظمات الصحية الحديثة والتي تعتبر من اعقد التنظيمات وأكثرها تميزاً بالمقارنة مع التنظيمات الأخرى. فالأنشطة التي تقوم بها المنظمة هي غاية في التخصص والتعقيد

كما أن الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية هي خدمات إنسانية تقوم على الإنسان بشكل رئيسي وتحتاج إلى مهارات وكفاءات غاية في التخصص كما تحتاج إلى أجهزة ومعدات وتكنولوجيا متقدمة أن هذا التخصص والتعقيد في أنشطة المنظمة يتطلب توفير خبرات وكفاءات متميزة لمساعدة إدارة المنظمة في إدارة كافة الأنشطة في التنظيم. فمدير المستشفى ومساعديه لا يستطيعون الاعتماد على خطوط السلطة المباشرة فقط بل لابد من توفير الدوائر الاستشارية في التنظيم لتقديم النصح والمشورة لإدارة المنظمة، وبمعنى آخر فإن التنظيم يحتاج إلى عدد من المتخصصين تمنح لهم سلطات استشارية تقتصر غالباً على تقديم الاقتراحات والتوصيات وأحياناً قد يعطي هؤلاء ما يسمى بالسلطة الوظيفية أي إصدار الأوامر واتخاذ القرارات في مجالات معينة ومحددة.

السلطة الاستشارية:

وتقتصر هذه السلطة غالباً على تقديم الاقتراحات والتوصيات والنصح لإدارة المنظمة في مجالات معينة ومحددة دون إلزام للمدير للأخذ بها. فعلى سبيل المثال نجد أن دائرة الأفراد في المنظمة الصحية تتمتع بسلطة استشارية. فمهمة هذه الدائرة تقديم الخدمات للدوائر الأخرى في المنظمة فيما يتعلق بشؤون الاستخدام والتوظيف دون أن يكون لها سلطة اتخاذ القرار وإعطاء الأوامر للدوائر الطالبة لخدماتها. إلا أنه داخل كل دائرة استشارية هنالك خط للسلطة المباشرة التنفيذية يقوم على علاقة رئيس ومرؤوس كما في أي دائرة تنفيذية إلا أن هذه العلاقة لا تمتد خارج الدائرة. ومن المهم القول بأن السلطة الاستشارية ليست أدنى مرتبة أو أقل أهمية من السلطة التنفيذية أو العكس ولكنهما مختلفتان وكلاهما تحتاجه المنظمة ويكملان بعضهما ويهدفان إلى تحقيق أهداف التنظيم.

السلطة الوظيفية:

إن السلطة الاستشارية في التنظيم كما أسلفنا تنحصر مهمتها في تقديم التوصيات والمشورة للمدير التنفيذي وليس لديها الحق في إصدار الأوامر واتخاذ

القرارات. إلا أنه أحياناً ما تستدعي مصلحة التنظيم إعطاء الدوائر الاستشارية أو بعض الخبراء والمساعدين سلطة إصدار والأوامر واتخاذ القرار وتستند هذه السلطة عادة على المعرفة المتميزة والخبرات التي يتمتع بها الشخص الذي يعطي هذه السلطة وتعرف هذه السلطة بالسلطة الوظيفية. حيث يستطيع من تمنح له هذه السلطة اتخاذ القرارات وإصدار الأوامر انطلاقاً من المعرفة المتميزة له في حقل أو تخصص معين. وهذه السلطة عادة تمنح من قبل مدير المنظمة لبعض العناصر في التنظيم. فقد يعطي مدير المنظمة لمدير دائرة الأفراد صلاحية اتخاذ القرار النهائي في حالة طرد المستخدمين والذي يعمل عادة في موقع استشاري في التنظيم.

ومن ناحية أخرى هنالك نوع آخر من السلطة الوظيفية في المنظمة الصحية يمارسها بعض عناصر التنظيم دون أن تكون قد منحت من قبل مدير المنظمة. فنجد ان الأطباء يتمتعون بقدر كبير من السلطة الوظيفية والتي تعطيهم الحق في إصدار الأوامر واتخاذ القرارات في كل ما يتعلق بمعالجة مرضاهم. وتنبثق هذه السلطة من المعرفة والمهارة المتميزة لدى الطبيب. حيث يستطيع إعطاء الأوامر لجهاز التمريض وللفنيين في دائرة الأشعة والمختبر وخدمات الغذاء رغم عدم ارتباط هؤلاء بهذا الطبيب في التنظيم. مما يشكل ازدواجية في السلطة ويتعارض مع مبدأ وحدة الأمر المشار إليه.

إن ظاهرة ازدواجية السلطة في المنظمة الصحية وغياب مبدأ وحدة الأمر أحياناً قد يؤدي إلى حدوث تضارب بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي في المنظمة وقد يفسر أحياناً بتدخل كل منهما في مسؤوليات الآخر.

ورغم ذلك فإن غياب مبدأ وحدة الأمر، ليس بالأمر الخطير طالما أن هنالك اتفاقاً على الأهداف من قبل عناصر التنظيم المختلفة (المدير والطبيب والممرضة والفنيين الآخرين) وهو تقديم أفضل خدمات ممكنة للمريض. إلا أن المشكلة هنا أن كل طرف من هؤلاء وخاصة الإدارة والأطباء قد يفسر وسائل تحقيق هذا الهدف انطلاقاً من قيمة الخاصة ووجهة نظره والتي قد تتفق او تتعارض مع أهداف التنظيم.

ومن هنا فقد لجأت بعض المنظمات الصحية إلى زيادة مشاركة الأطباء في أمور إدارة المنظمة وخاصة في المسائل الفنية التي تحتاج إلى معرفة وخبرة الأطباء.

كما لابد من الإشارة هنا إلى ضرورة اعتماد المنظمات الصحية إلى حد كبير على التنسيق التطوعي بين العناصر المتعددة التي تسهم في تقديم الخدمة الصحية للمريض وأهمية الاتصالات الأفقية في التنظيم لتسهيل مهمة تقديم الخدمات الصحية، فازدواجية السلطة وانتفاء مبدأ وحدة الأمر أحياناً في المنظمة هو وضع طبيعي وشائع ولابد من التعايش معه.

تفويض السلطة:

إذا كان امتلاك المدير للسلطة هو الذي يجعل من مركزه الإداري مركزاً حقيقياً فإن تفويض السلطة هو الذي يخلق التنظيم ويبث روح الحياة فيه. فمجرد تصميم الهيكل وتوضيحه بواسطة الخرائط التنظيمية والدليل التنظيمي لا يعني أن التنظيم يستطيع العمل. فما لم يتم تفويض السلطة خلال الهيكل التنظيمي كله فإن التنظيم يبقى جامداً ولا يستطيع العمل. ومن خلال عملية التفويض فإن المدير يتلقى السلطة من رئيسه وبدون هذه السلطة لا يمكن أن يكون مديراً بالفعل.

وتفويض السلطة لا يعني أن المدير يتنازل عن كل سلطاته لمرؤوسيه. فالمدير المفوض للسلطة يحتفظ دائماً بالسلطة الكلية للقيام بمسؤولياته تماماً كما هو الحال بين الأستاذ وطلابه حيث يقوم الأستاذ بنشر ومشاركة معارفه مع طلابه ويحفظ بنفس الوقت بهذه المعرفة لنفسه. كما ويستطيع المدير أن يسحب السلطة التي فوضها أو جزء منها إذا احتاج لذلك.

والسلطة يتم توزيعها على التنظيم كله من خلال عملية التفويض وهي تسري من أعلى الهرم الإداري كمصدر للسلطة إلى أسفل الهرم وعلى كافة المستويات الإدارية انتهاء بأدنى مستوى إشرافي. فالسلطة تنبثق من مجلس الإدارة وتسرى إلى مدير المنظمة ومنه إلى مدراء الدوائر ومنهم إلى مشرفي الخط الأول.

عملية تفويض السلطة:

تتكون عملية تفويض السلطة من ثلاثة مكونات متصلة ومترابطة مع بعضها غير قابلة للفصل ولابد من توفرها جميعاً وهي:

1- تحديد الواجبات الوظيفية.

2- منح السلطة.

3- وقبول المسؤولية.

تحديد الواجبات:

إن الخطوة الأولى في عملية تفويض السلطة هي تحديد واجبات ومهام المرؤوسين في التنظيم الذين ستفوض لهم السلطة فلابد أن يكون لكل منهم وظيفة أو عمل يقوم به لتبرير تفويض السلطة له. وعلى ذلك فإن مدير المنظمة الصحية يتحمل مسؤولية تعيين مهام وواجبات مساعديه ورؤساء الدوائر الرئيسية في المنظمة ومن ثم يقوم هؤلاء بتعيين واجبات ومهام مرؤوسيهم. وهنالك عدد من العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار عند تحديد الواجبات والمهام للمرؤوسين ومن أهم هذه العوامل قدرات ومؤهلات وكفاءة المرؤوسين. وعند تحديد الواجبات لابد للمدير من مراعاة توزيع المهام بشكل عادل ليتمكن كل مرؤوس من القيام بواجباته بشكل مرضي. وهذا يتطلب من المدير ان يكون على علم وتفهم بطبيعة ومفردات كل نشاط او عمل ولابد له من معرفة قدرات ومهارات مرؤوسيه. والمدير قد يكون ميالا إلى إسناد الواجبات والمهام الصعبة والكبيرة إلى الموظفين الأكثر كفاءة ومقدرة لأنها هي الطريقة الأسهل في تحديد الواجبات ومع ذلك فعلى المدى الطويل فإنه من الأفضل أن يولي المدير مسألة تدريب وتنمية الموظفين الأقل كفاءة ومقدرة بحيث يتمكنوا من القيام بتنفيذ المهام الأكثر صعوبة. وإذا ما اعتمد المدير إلى حد كبير على نفر قليل من الأشخاص فإن الأنشطة في الدوائر المختلفة ستتأثر إلى حد بعيد في حالة غياب هؤلاء لأي سبب ما. لذلك فإنه من الأفضل أن يكون هناك عدد كافي من الموظفين المدربين على القيام بالمهام الصعبة. وبذلك سوف تكون مهمة المدير في تعين الواجبات المختلفة أكثر بساطة كلما عمل على تنمية وتطوير خبرات كافة الموظفين لديه.

منح السلطة:

إن المكون الثاني في عملية تفويض السلطة هو منح السلطة اللازمة للمرؤوس لتمكينه من استعمال كل الموارد المتاحة لديه واتخاذ الإجراءات اللازمة للقيام بإنجاز المهام الموكولة إليه بشكل ناجح. ومن الضروري للمدير أن يحدد بشكل مسبق مقدار السلطة التي يجب تفويضها. ويعتمد مدار السلطة المفوضة على مقدار السلطة التي يمتلكها المدير المفوض نفسه وعلى نوع العمل الواجب إنجازه. وبشكل عام يجب أن تكون السلطة الممنوحة للمرؤوس كافية ومناسبة تمكنه من تنفيذ ما هو متوقع منه. ويجب أن لا تكون السلطة الممنوحة اكثر من اللازم ولكنها يجب ان تكون كافية لإنجاز العمل.

وكذلك فإنه من الضروري عند تغيير مهام وواجبات أي مرؤوس إعادة النظر في السلطة الممنوحة له للتأكد من أنها لازالت مناسبة لتمكينه من القيام بواجباته. فإذا كانت أكثر من اللازم وجب سحب جزء منها وإذا كانت أقل من اللازم وجب زيادتها.

وأخيرا فإن عملية تفويض السلطة يجب أن تتبع مبدأ وحدة الأمر أي أن كل رؤوس يتلقى السلطة والأمر من رئيس واحد.

قبول المسؤولية:

إن المكون الرئيسي الثالث لعملية تفويض السلطة هو خلق الالتزام لدى المرؤوس تجاه رئيسه لتنفيذ الواجبات المحددة له. وقبول هذا الالتزام من جانب المرؤوس هو الذي يخلق المسؤولية والتي بدونها لا تكتمل عملية التفويض.

والمسؤولية هي التزام المرؤوس بالقيام بالواجبات والمهام المحددة له والمطلوبة منه. ومجرد قبول المرؤوس بالعمل أو الوظيفة يعني قبوله بالالتزام والمسؤولية تجاه عمله. وهذه المسؤولية لا يمكن فرضها بشكل تعسفي على المرؤوس بل تنتج عن اتفاق متبادل يوافق فيه المرؤوس على إنجاز الواجبات والمهام الملقاة على عاتقه مقابل ما يحصل عليه من رواتب وامتيازات أخرى. لذلك يتضح بأن السلطة الممنوحة للمرؤوس للقيام بواجباته تنبع أو تسري من أعلى إلى أسفل أي من الإدارة إلى

المرؤوس في حين أن المسؤولية لإنجاز هذه الواجبات والمهام تسري من أسفل إلى أعلى أي من المرؤوس إلى الإدارة.

ومن المهم التذكر دائماً بأن المسؤولية لا يمكن تفويضها كما هو الأمر بالنسبة للسلطة. فلا يمكن نقل المسؤولية أو تفويضها من الرئيس إلى المرؤوس. فالمسؤولية هي الالتزام الذي يقبل به المرؤوس ولكن في نفس الوقت فإن الرئيس لا يزال يتحمل نفس المسؤولية عن إنجاز مرؤوسيه. فالرئيس يحدد مهام مرؤوسيه ويفوض لهم السلطة اللازمة لتنفيذ عمل محدد ما ولكنه لا يفوض المسؤولية بمعنى أنه عندما يتم تحديد المهام والواجب فإن الرئيس لا يعفي من المسؤولية تجاه تنفيذ هذه الواجبات بالشكل المطلوب. فالمدير يستطيع تفويض بعض سلطاته لمرؤوسيه ولكنه لا يستطيع تفويض أي جزء من مسؤوليته.

المساواة بين المكونات الثلاثة:

إن المكونات الثلاثة لعملية تفويض السلطة يجب أن تسير جنباً إلى جنب لضمان عملية التفويض. فالسلطة والمسؤولية والواجبات يجب أن تكون متكافئة وهذا يعني وجوب وجود سلطة كافية (ولكن ليس اكثر من الضروري) ممنوحة لمرؤوسين للقيام بأعمالهم وأن المسؤولية التي يتوقع منهم قبولها يجب أن لا تكون أكثر من السلطة والصلاحية المفوضة لهم. فلا يمكن التوقع أو الطلب من المرؤوسين قبول المسؤولية عن أنشطة لم تعد لهم سلطة وصلاحية عليها.

إن عدم التناسق والتكافؤ بين السلطات المفوضة والمسؤولية والمهام المحددة سوف يؤدي وبشكل عام إلى نتائج غير مرغوبة لذلك يجب التأكد من أن المكونات الثلاثة الضرورية لنجاح عملية التفويض هي متساوية وعند تغيير أحدها لابد من تغيير المكونين الآخرين.

درجة تفويض السلطة:

إن تفويض السلطة كما بينا سابقاً هو المفتاح لخلق التنظيم إذ بدون تفويض السلطة لا يمكن أن يكون هنالك تنظيم فعال. لذلك فإن المسألة ليست في أن تفوض

أو لا تفوض بل ما هو مقدار السلطة التي يجب تفويضها للمرؤوسين على المستويات المختلفة في التنظيم. فالمسألة ليست خيار بين أن تفوض أو لا تفوض بل تتعلق بدرجة السلطة الواجب تفويضها.

إن درجة تفويض السلطة هي غاية في الأهمية لأنها سوف تعطينا الجواب لمسألة تنظيمية أخرى هامة وهي مدى لا مركزية التنظيم. إن الاختلاف في لا مركزية التنظيم يتراوح من هيكل على درجة عالية من المركزية يصعب معه التحدث عن وجود تنظيم إلى هيكل غاية في اللامركزية حيث تكون السلطة مفوضة إلى أدنى مستوى إداري ممكن. ففي المثال الأول نجد أن المدير الأعلى على اتصال مباشر مع كافة أنشطة وعمليات التشغيل وهو الذي يأخذ كافة القرارات تقريباً وبصدر كافة التعليمات. أي أنه لم يفوض أية سلطة لمرؤوسيه. وهذا النمط يوجد في المؤسسات الصغيرة التي يديرها شخص واحد وهذه المؤسسات غالباً ما تنهار عند غياب المدير.

والوضع الأقل تطرفاً يوجد في التنظيمات التي تفوض مقداراً محدوداً من السلطة. ففي مثل هذه المؤسسات فإن السياسات والبرامج على مستوى التشغيل اليومي هو مفوض إلى المستوى الإداري الأدنى.

وفي الطرف المقابل نجد نوع آخر من التنظيمات التي تفوض اكبر درجة ممكنة من السلطة إلى المستويات الإدارية الدنيا. وتتضح لا مركزية التنظيم هنا من خلال عاملين الأول هو أهمية القرارات التي تتخذ من قبل المدراء المفوضة لهم السلطة والثاني عدد القرارات التي تتخذها المستويات الدنيا فكلما زادت أهمية القرارات التي تتخذ من المستويات الإدارية الدنيا في الهرم الإداري. وكذلك كلما زاد عدد هذه القرارات كان ذلك مؤشراً على لا مركزية التنظيم.

ومن المهم الإشارة هنا إلى أهمية عامل الوقت في حل مشكلة درجة تفويض السلطة. فمع أن مركزية السلطة أو قدر محدود من اللامركزية هو الشكل التنظيمي الأكثر منطقية في المراحل الأولى لبداية عمل التنظيم او المؤسسة فإن المراحل التالية تتطلب من المدير التوجه نحو تفويض قدر أكبر من السلطة أي التوجه نحو قدر أكبر من لا مركزية التنظيم. ومثل هذه اللامركزية للسلطة تصبح ضرورية عندما تجد

الإدارة المركزية نفسها مثقلة باتخاذ القرارات وليس لديها الوقت الكافي للقيام بمسؤولياتها بشكل مناسب فيما يتعلق بوظيفة التخطيط. ومثل هذا النمط يحدث عادة عندما يتسع ويكبر حجم التنظيم. فكبر حجم التنظيم واتساعه هو مؤشر للإدارة العليا بضرورة تفويض السلطة إلى المستويات الإدارية الدنيا. وبمعنى آخر لابد من وجود تطور وتقدم تدريجي باتجاه لا مركزية السلطة يتكافئ مع نمو واتساع المؤسسة.

مزايا ومساوئ تفويض السلطة:

هنالك فوائد عديدة لتفويض السلطة وهذه الفوائد تتعاظم أهميتها كلما كان حجم المنظمة الصحية كبيراً. فتفويض السلطة يعفي المدير الأعلى من تفاصيل العمل التي تستهلك جزء كبير من وقته ويمكن المرؤوسين من اتخاذ القرارات دون انتظار الموافقة عليها من رؤسائهم مما يزيد المرونة ويسمح باتخاذ الإجراءات السريعة. وكذلك فإن التفويض يمكن أن ينتج عن قرارات أفضل وأصوب طالما أن الرئيس المباشر لنشاط ما هو أكثر العناصر معرفة بطبيعة العمل ومتطلباته ودقائقه. وكذلك فإن تفويض السلطة إلى أسفل الهرم يرفع معنويات العاملين ويزيد اهتمامهم بأعمالهم كما يوفر فرص جيدة لتدريب وتنمية الموظفين وتأهيلهم لاستلام مسؤوليات اكبر. إن كل هذه الفوائد تجعل من التنظيم أكثر ديمقراطية وأكثر استجابة لحاجات وتطلعات الموظفين.

وبطبيعة الأمر هنالك عدد من المساوئ للتفويض. فعلى سبيل المثال يمكن أن يشعر المشرف أو رئيس الدائرة أنه لم يعد بحاجة إلى مساعدة من المستويات الإدارية الأعلى وانه يستطيع تطوير وإيجاد الخدمات المساعدة التي يحتاجها قسمه أو دائرته مما قد يؤدي إلى ازدواجية في الجهود والتكلفة والسيئة الأخرى يمكن أن تكون ضعف الرقابة على الأنشطة. وبشكل عام لابد من القول بأن الإيجابيات والفوائد التي نحصل عليها من تفويض قدر كبير من السلطة تفوق وإلى حد بعيد المساوئ.

ملخص:

إن الخطوة الأولى الرئيسة للمدير عند ممارسته لوظيفة التنظيم هي تصميم الهيكل التنظيمي الرسمي الذي يمكن المنظمة من تحقيق أهدافها المرسومة. وعند

تصميمه للهيكل لابد له من الاسترشاد بالمبادئ الأساسية التي تقوم عليها نظرية التنظيم الرسمي مبتدئاً بتطبيق مبدأ تقسيم العمل والتخصص لضمان كفاءة التشغيل. حيث يقوم بتجميع الأنشطة المتعددة في دوائر وأقسام متميزة ويعين مديراً مسؤولاً لكل دائرة. وهنالك طرق ومداخل متعددة لتكوين الدوار وأكثر هذه المداخل شيوعاً هو المدخل الوظيفي حيث يتم تجميع الأنشطة المتشابهة ضمن دائرة واحدة. وبالإضافة إلى هذا المدخل يمكن للمدير تكوين الدوائر باستعمال أكثر من مدخل واحد وفي الممارسة نجد أن كثيراً من المنظمات الصحية تتبنى هيكلاً مركباً يقوم على مداخل متعددة.

والخطوة الثانية في وظيفة التنظيم هي أن يحدد المدير عدد المستويات الإدارية في الهيكل التنظيمي ونطاق الإشراف في كل مستوى. ونطاق الإشراف هو مبدأ أساسي آخر في نظرية التنظيم والذي يفيد بأن هنالك حدود عليا لعدد المرؤوسين الذين يمكن لأي مدير الإشراف عليهم بشكل فعال. ويتأثر نطاق الإشراف بعدد من العوامل والتي تجعل منه نطاقاً واسعاً أو ضيقاً وهذه العوامل هي قدرات المدير، والخبرات السابقة للمرؤوسين وتدريبهم، وحجم وطبيعة العمل الذي سينفذ، وتواجد العناصر الاستشارية والخبراء الذين يمكنهم تقديم العوم والمساعدة للإدارة في مواضيع محددة ومتخصصة. وجدير بالقول هنا أنه ليس هنالك عدد مثالي لعدد المرؤوسين الذي يمكن للمدير الإشراف عليهم بفعالية ولكن على المدير أن يعرف بأنه كلما كان نطاق الإشراف أصغر كلما احتاج التنظيم إلى عدد أكبر من المشرفين وهذا سوف يحدد الشكل النهائي للتنظيم ففي حالة اتساع نطاق الإشراف يكون التنظيم هرمي أفقي وفي حالة ضيق نطاق الإشراف يكون التنظيم هرمي رأسي.

والخطوة الثالثة في تأسيس الهيكل التنظيمي الرسمي هي تحديد علاقات السلطة في التنظيم. أي فيما إذا كانت الدوائر ترتبط التنظيم بعلاقة تنفيذية أم علاقة استشارية وهل تتمتع الدوائر الاستشارية بسلطة وظيفة أم لا؟

إن السلطة التنفيذية والاستشارية هما شكلان مختلفان لعلاقات السلطة داخل التنظيم وهذا يعني أن أحدهما ليس أكثر أهمية من الخرى بل يكملان بعضهما ويهدفان إلى تحقيق أهداف التنظيم.

إن الفرق بين المدير التنفيذي والمدير الاستشاري هو أن الأول يتمتع بسلطة إعطاء الأوامر واتخاذ القرار، بينما الثاني تقتصر سلطته على وضع التوصيات والاقتراحات وتقديم المشورة غير الملزمة للمدير التنفيذي إلا أنه قد يمنح مدير المنظمة أحياناً المدير الاستشاري حق إصدار الأمر واتخاذ القرار في مجال محدد معتمداً في ذلك عن خبرة ومهارة ومعرفة المدير الاستشاري المتميزة في مجال متخصص وهذا ما يسمى بالسلطة الوظيفية في التنظيم والتي تتعارض مع مبدأ وحدة الأمر المشار إليه سابقاً. ومن ناحية أخرى نجد في المنظمة الصحية أن الأطباء (سواء منهم من يتقاضى راتبه من المنظمة كموظف او الذين يعطي لهم امتيازات إدخال ومعالجة مرضاهم في المنظمة كأطباء خارجيين) يتمتعون بسلطة وظيفية ليست ممنوحة لهم من قبل المدير بل يكتسبونها انطلاقاً من معرفتهم المتخصصة والمتميزة التي تؤهلهم دون غيرهم لممارسة الطب. حيث يستطيع هؤلاء إصدار الأوامر واتخاذ القرار في كل الأمور المتعلقة بمعالجة مرضاهم. ومن هذا المنطلق يستطيعون إصدار الأوامر لجهاز التمريض وفنيي المختبر والأشعة والغذاء وغيرهم من الموظفين الذي يرتبطون رسمياً بدوائر ورؤساء آخرين مما يشكل تضارباً مع مبدأ وحدة الامر ونوعاً من الازدواجية السلطة.

وبالرغم من ذلك فإن هذه القنوات الإضافية لإعطاء الأمر في المنظمات الصحية هي أمر طبيعي وشائع ولابد من التعايش معه.

والخطوة الرابعة في تأسيس الهيكل التنظيمي هي تفويض السلطة ويمكن تعريف السلطة بأنها حق اتخاذ القرار وحق التصرف وهي التي تجعل من المركز الإداري مركزاً حقيقياً وبمعنى الكلمة والمدير الجيد يجب ان يعرف كيف يستعمل سلطته الرسمية وكيف يفوض بعضاً منها لمرؤوسيه. ومن خلال عملية تفويض السلطة فإن الإدارة تخلق التنظيم وتتكون عملية التفويض من ثلاثة عناصر هي تحديد المهام والواجبات ومنح السلطة وقبول المسؤولية وهذه العناصر الثلاثة مكملة لبعضها وغير قابلة

للفصل بينها كما يجب أن تكون متكافئة وطالما ان عملية التفويض هي التي تخلق التنظيم فالمسألة ليست خياراً بين التفويض أو عدم التفويض بل إلى أي مدى يجب أن نفوض السلطة.

فإذا تم تفويض قدر كبير من السلطة من أعلى الهرم إلى كافة المستويات الإدارية وإلى المستوى الإشرافي الأول فإننا نخرج بتنظيم غاية في اللامركزية والعكس ينتج عنه تنظيم غاية في المركزية. ومع أن المركزية يمكن أن تكون مناسبة عندما يكون التنظيم في بداية تكوينه وعمله فإن هنالك مزايا تنتج من اللامركزية وإحدى هم هذه المزايا هو زيادة حفز المرؤوسين.

الفصل الثامن

الرقابة في المنظمة الصحية

- اهمية الرقابة في منظمات الرعاية الصحية
- عناصر العملية الرقابية
- متطلبات نظام الرقابة الفعال
- مجالات الرقابة في المنظمات الصحية
- طرق وأساليب الرقابة
- رقابة جودة الرعاية الطبية
- رقابة جودة خدمات التمريض
- رقابة جودة الخدمات الاخرى



الفصل الثامن

الرقابة في المنظمة الصحية

مقدمة:

نظراً لحقيقة التواجد الدائم للفوارق والاختلافات بين الخطط والتنفيذ في أي تنظيم، تكون الحاجة دائماً للرقابة كعملية من عمليات الإدارة. ولما كانت العملية الرقابية تستهدف قياس أداء وإنجازات التنظيم بالنسبة للأهداف المحددة سلفاً من خلال عملية التخطيط والكشف عن الانحرافات عن هذه الأهداف وتصحيحها أصبحت هذه العملية من العمليات الإدارية الهامة والضرورية في أي تنظيم والتي لا غنى عنها لكافة المدراء وعلى مختلف مستوياتهم حيث يستخدمها المدراء كوسيلة للتأكد من أن ما عقدت النية على تنفيذه هو ما تم تنفيذه فعلاً في الوقت المحدد وبالكم والكيف المطلوب وبحدود التكلفة المرسومة في الخطط. وما لم يمارس المدراء العملية الرقابية فلن يكون بمقدورهم التحقق من أن الأنشطة والعمليات في التنظيم يجري تنفيذها وفقاً للأهداف المحددة سلفاً ولن يكون هنالك ضمان من أن التنظيم سوف ينجز أهدافه وينظم إمكاناته وموارده ويستخدمها بطرق أكثر إيجابية وعطاء. كما ان غياب الرقابة سوف ينتج عنه عدم الكفاءة والفاعلية في تحقيق الأهداف.

وإذا كانت العملية الرقابية على قدر كبير من الأهمية والضرورة في أي تنظيم فإنها تستوجب اهتماماً أكبر وتحتل أهمية أعظم في منظمات الرعاية الصحية، لما لخدمات الرعاية الطبية من أهمية خاصة نظراً لمساسها المباشر بصحة وحياة الأفراد.

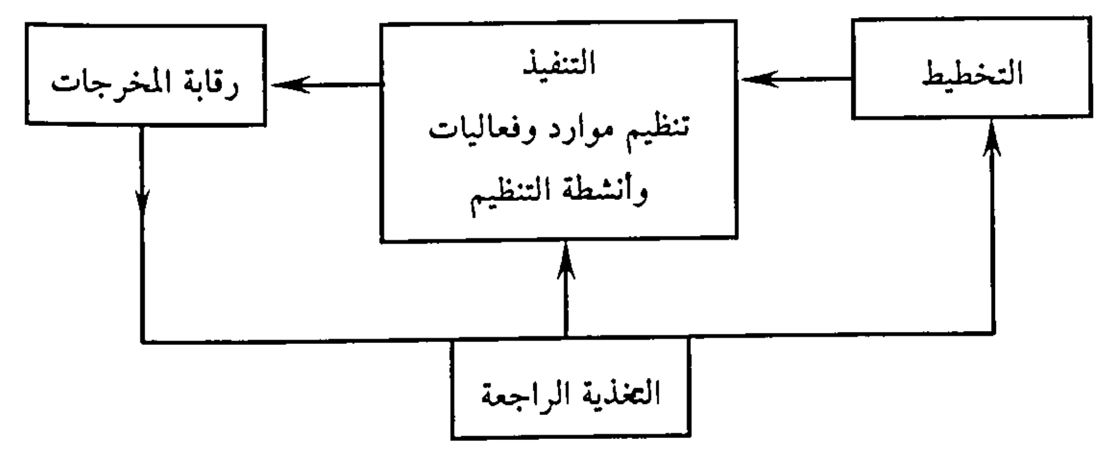
فالخطأ والخلل في أداء هذه الخدمات لا يمكن إصلاحه في كثير من الأحيان والنتائج المترتبة عليه كبيرة وخطيرة بلا شك مما يستدعي الاهتمام برقابة جودة هذه الخدمات والمحافظة على أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية التي تقدمها هذه المنظمات. وإضافة إلى ذلك فإن ما تتصف به الموارد المتاحة لقطاع الاستشفاء من ندرة

ومحدودية وارتفاع في التكلفة بالمقارنة مع الاحتياجات الصحية اللامحدودية للأفراد والطلب المتعاظم على هذه الخدمات يتطلب وجود رقابة فعالة على هذه الخدمات لضمان الاستخدام الأمثل لهذه الموارد المحدودة والمرتفعة التكاليف وللحد من التكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية. وعلى ذلك فإن موضوع رقابة جودة الخدمة الصحية ورقابة تكلفة هذه الخدمات يعتبران العاملين الأكثر أهمية في بيئة المنظمة الصحية والواجب رقابتهما. تحقيقاً للمعادلة الصعبة والمتمثلة بضمان توفير وتقديم أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية للمرضى ومصابي الحوادث وبأقل تكلفة ممكنة.

مفهوم الرقابة:

يمكن القول بأن الرقابة في التنظيم تعمل كجهاز للإنذار المبكر للتنبيه والإشارة إلى أية أخطاء أو خلل في التشغيل بحيث يتمكن متخذ القرار من التدخل وتوجيه سير الأنشطة والتحكم بها. وعلى ذلك فإن نظام الرقابة يهدف إلى التأكد من أن الأنشطة والفعاليات في التنظيم تسير وفقاً لما هو مخطط لها وباتجاه تحقيق الأهداف المحددة لها سلفاً وكشف أية انحرافات عن هذه الأهداف ومعرفة أسبابها وبالتالي اتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم إذا كان مطلوباً ومعقولاً وممكناً. وبناء ًعلى ما تقدم يمكن تعريف الرقابة بعملية تنظيم موارد وفعاليات وأنشطة التنظيم وفقاً لمتطلبات الخطط مما يشير إلى الترابط المباشر والقوى بين عملية الرقابة وعملية التخطيط كما يبين الشكل رقم (20).

شكل رقم (20) العلاقة بين الرقابة والتخطيط



كما تعرف الرقابة بعملية مقارنة النتائج الفعلية "الإنجازات" مع النتائج المخططة (الأهداف) واتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم في حالة الانحراف إذا كان مطلوباً وممكناً. ولكي تتأكد الإدارة من ان النتائج الفعلية للتشغيل هي المخرجات المخططة والمطلوبة، فلابد من مراقبة أنشطة وفعاليات التنظيم بشكل مستمر، فما لم تتم عملية الرقابة وبشكل مستمر لا يمكن للإدارة ضمان تحقيق الأهداف كما هو مخطط لها، كما لا يمكن لها ضمان تحقيق هذه الأهداف بكفاءة وفعالية.

اهمية الرقابة في منظمات الرعاية الصحية:

إذا كانت الرقابة ضرورة لا غنى عنها في أي تنظيم كما أسلفنا لحقيقة التواجد الدائم للاختلافات بين التخطيط والتنفيذ، فإنها ولاشك تستوجب اهتماماً أكبر وأهمية أعظم في القطاع الصحي لجملة من العوامل والأسباب المميزة لهذا القطاع والتي تجعل الرقابة في المنظمات الصحية أكثر أهمية بالقياس مع التنظيمات الأخرى، ومن أهم هذه العوامل:

1- الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم خدمات الرعاية الصحيحة وعدم خضوعه لقانون العرض والطلب كما هو الحال في السلع الأخرى. فالطلب على هذه الخدمات في تصاعد مستمر ويفوق ما هو معروض منها دائماً، وباعتبار محدودية الموارد المتاحة للقطاع الصحي في أي مجتمع والتكلفة المرتفعة جداً لهذه الموارد يستلزم توجيه الانتباه والاهتمام إلى ترشيد استعمال هذه الموارد وتحقيق الاستخدام الأمثل لها، وهذا لا يتاتي إلا بتبني أنظمة فعالة للرقابة يمكنها ضبط فعاليات وانشطة القطاع الصحي ومنظماته.

2- تعتمد منظمات الرعاية الصحية الحديثة في تقديم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وارتفاع التكلفة. فمن المعروف أن هذه المنظمات هي تنظيمات إنسانية كثيفة العمالة، فعلى سبيل المثال يستخدم المستشفى العام ما نسبته 3-5 أفراد لكل سرير، وتبلغ تكلفة العنصر البشري في المستشفي حوالي 60-70٪ من التكلفة الكلية للتشغيل مما يستلزم رقابة العنصر البشري

واستخدامه الاستخدام الأمثل والتركيز على زيادة إنتاجيته كأفضل مدخل لاحتواء وضبط التكلفة المرتفعة والمتصاعدة للخدمات الصحية.

3- إن الإدخال المستمر للتكنولوجيا الطبية المتقدمة في المنظمات الصحية والإحلال والتطوير المستمر لهذه التكنولوجيا قد وفر بدائل عديدة ومختلفة وإمكانات فنية سهلة وسريعة أمام الأطباء في مجال تشخيص ومعالجة الأمراض مما زاد بشكل كبير مدى الخدمات Scope of Services التي يمكن تقديمها لكل مريض مما يزيد من تكلفة إنتاج الخدمة إضافة إلى ما تشكله هذه التكنولوجيا المتقدمة من إغراء ودعوة للأطباء إلى عدم التردد في طلب العديد من الخدمات والفحوصات لمرضاهم والتي قد لا تكون ضرورية ومطلوبة مما يستلزم نطاق رقابة فعال لضبط استعمال هذه التكنولوجيا المتقدمة والمرتفعة التكلفة وخاصة تلك المستخدمة في المختبرات الطبية والمعامل ودوائر الأشعة ومختبر القلب.

4- إن الخلل والخطأ في تقديم خدمات الرعاية الطبية لا يمكن إصلاحه. كما أن الطلب على هذه الخدمات في كثير من الأحيان لا يحتمل التأخير أو الانتظار كما هو الحال في إنتاج السلع المادية في القطاعات الأخرى. فالخطأ في المجال الطبي ينعكس مباشرة على صحة الفرد وقد تترتب عليه عواقب ومضاعفات خطيرة وكبيرة على حياة الفرد وصحته وما تمثله من خسائر اقتصادية كبيرة تتمثل بقيمة الحياة البشرية نفسها. مما يستوجب رقابة فعالة ومستمرة لضمان جودة هذه الخدمات وكشف الأخطاء والانحرافات في الوقت المحدد والمناسب.

إن جملة هذه العوامل تجعل من موضوع رقابة جودة الخدمات الصحية ورقابة تكلفة هذه الخدمات أهم عنصرين في بيئة المنظمة لضمان تحقيق الهدف الرئيسي والأساسي لها والمتمثل بضمان توفير وتقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية للمرضى والمصابين وبأقل تكلفة ممكنة.

عناصر العملية الرقابية وأنشطتها:

تتضمن العملية الرقابية عدداً من العناصر والأنشطة الأساسية كما يوضح الشكل رقم (21) والتي لابد للمدير من القيام بها لضمان سير الأنشطة والتحكم بها ولتقرير فيما إذا كانت أهداف المنظمة الرئيسية والأهداف الفرعية والثانوية للدوائر والأقسام قد تم إنجازها، وهذه العناصر مرتبة حسب أسبقيتها وهي:

1- وضع وتبني معايير محددة للإنجازات وذلك لكل نشاط من أنشطة المنظمة ودوائرها.

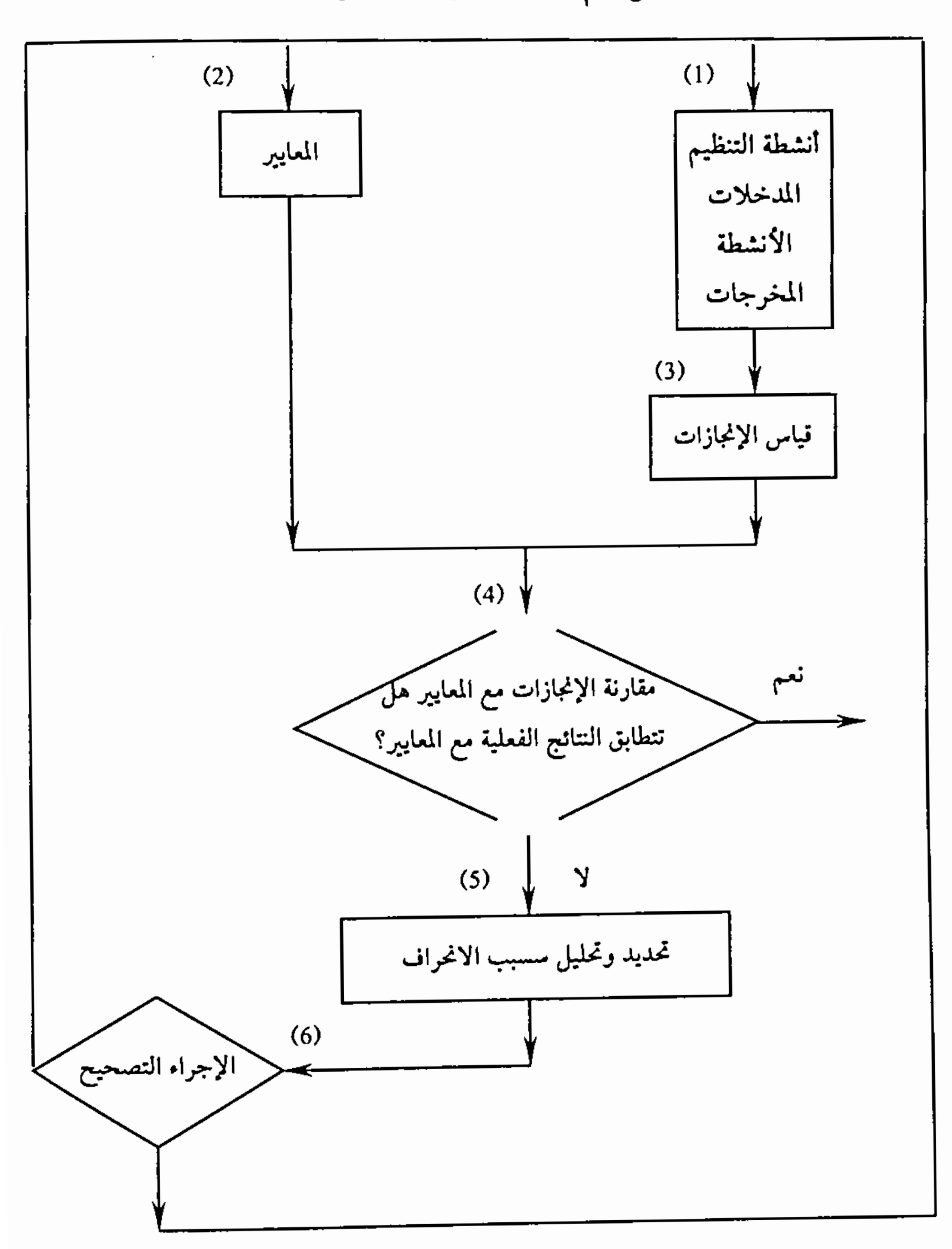
2- قياس الإنجازات الفعلية لكل نشاط من الأنشطة ومقارنة الإنجازات الفعلية مع المعايير المحددة لكل نشاط.

3- تشخيص وتحليل أسباب الانحرافات.

4- اتخاذ الإجراء التصحيحي المناسب إذا كان ذلك ممكناً ومعقولاً.

وتمثل المعايير التوقعات المرغوبة لكل نشاط من الأنشطة وهي بذلك عبارة عن الأهداف المخططة لكل نشاط من الأنشطة معبراً عنها بصيغ ومفاهيم يمكن معها قياس الإنجازات الفعلية للأنشطة. وإذا ما تم وضع هذه المعايير بشكل دقيق وواقعي أمكن ذلك قياس الإنجازات ومقارنتها بالمعايير بيسر وسهولة. وعند مقارنة النتائج الفعلية والإنجازات مع هذه المعايير يمكن الكشف عن أية انحرافات عن الأهداف المخططة وهذا يتطلب البحث عن الأسباب الحقيقية لهذه الانحرافات وتحديها وتحليلها ومن ثم اتخاذ الإجراء التصحيحي المناسب لهذه الانحرافات إذا كان ذلك مطلوباً وممكناً. وتهدف عملية المقارنة إلى تلافي هذه الانحرافات ومنعها مستقبلاً وقد تؤدي عملية المقارنة وتحليل الأسباب الحقيقية للانحراف إلى تغيير وتعديل في الخطط لجعلها أكثر واقعية وعملية أو إلى تعديل الأهداف أو إعادة تنظيم الأنشطة والموارد المتاحة أو توظيف عناصر بشرية جديدة وقد تؤدي إلى تطوير وتحسين في برامج تدريب العاملين وأساليب القيادة والتوجيه والحفز مما يدل على أهمية العملية الرقابية في التنظيم ومدى تداخلها وارتباطها مع الوظائف الإدارية الأخرى للمدير.

شكل رقم (21) عناصر العملية الرقابية



1- وضع المعايير:

تشكل المعايير وسيلة القياس التي تعتمدها الإدارة للحكم على نتائج التشغيل المتحققة. وهنالك أنواعاً عديدة من المقاييس التي يمكن استعمالها ويمن تصنيفها بمجموعتين رئيسيتين كما يلي:

أ. مقاييس نوعية عامة General Qualitative Measures:

كتلك التي تستعمل لقياس مواقف العاملين وسلوكياتهم ومعنوياتهم والعلاقات بين الأقسام والدوائر والمعايير النوعية الأخرى التي تستعمل لقياس وتقويم جودة الأنشطة الطبية والعلاجية.

وهذا النوع من المعايير يصعب وضعها ورقابتها حيث ينقصها الكثير من الدقة. ومما يجدر ذكره عدم وجود معايير نوعية محددة ودقيقة ومتعارف عليها بين المنظمات الصحية لقياس وتقويم جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى والمصابين حيث تقوم هذه المنظمات وبشكل منفرد بتبني ووضع المعايير النوعية الخاصة بها لتقييم أنشطتها الطبية.

ب. مقاييس كمية:

وهي مقاييس معبرا عنها بوحدات رقمية محددة تشير إلى عدد الوحدات المرغوب إنتاجها أو تشير إلى التكلفة المحددة لمستوى محدد من الإنتاج أو إلى معايير زمنية لنشاط معين مثل عدد الإجراءات المخبرية او الشعاعية أو الجراحية في الساعة أو اليوم أو تكلفة الإجراء الواحد. ويمكن أن تكون هذه المعايير كذلك على شكل نسب كنسبة دوران العمل ونسبة تشغيل الأسرة ونسبة العمالة لكل سرير وما إلى ذلك.

وتعتبر هذه المعايير سواء كانت كمية محددة أو نوعية متضمنة على جانب كبير من الأهمية لرقابة أنشطة وعناصر التنظيم المختلفة وعلى ذلك لابد للإدارة من إيلاء موضوع المعايير الأهمية الكافية لتتمكن من وضع وتطوير المعايير المناسبة لكل نشاط في المنظمة. وحقيقة الأمر أن هنالك العديد من المعايير المختلفة والتي يمكن استخدامها لقياس النشاط الواحد مما يتطلب من الإدارة اختيار المعيار الأكثر ملائمة لقياس نشاط معين وهذا ما يسمى بالمعايير الاستراتيجية للرقابة وهي المعايير التي يمكنها أكثر من

غيرها أن تعكس الأهداف المرغوب تحقيقها والتي يمكنها أن تظهر وتوضح أكثر من غيرها فيما إذا تم تحقيق الأهداف المحددة أم لا.

ولغايات اختيار هذه المعايير الاستراتيجية للرقابة يمكن للمدراء كل ضمن دائرته الاسترشاد بخبراتهم السابقة ومعرفتهم بطبيعة الأنشطة التي يشرفون عليها عند وضع وتبني المعايير المناسبة لأنشطة دوائرهم، فهم الأكثر معرفة فيما يتعلق بالوقت المطلوب والمواد المطلوبة لإنجاز نشاط ما والأكثر معرفة بما يعتبر إنجازاً جيداً. وهكذا فإن معرفة المدير بطبيعة العمل وخبراته العملية السابقة تشكل مصدراً رئيسياً لوضع المعايير التي يمكن بواسطتها تقييم الإنجازات في دائرته كما يمكنه كذلك الاستعانة بموازنات الأعوام السابقة وسجلات وتقارير الإنجازات السابقة للوصول إلى مثل هذه المعايير.

2- قياس الإنجازات ومقارنتها مع المعايير:

بعد الانتهاء من وضع المعايير المناسبة فإن الخطوة الثانية في العملية الرقابية هي قياس الإنجازات الفعلية ومقارنها مع المعايير التي تم تبنيها واعتمادها. ويمكن للمدير القيام بذلك من خلال:

1- الملاحظة الشخصية والإشراف المباشر على العاملين أثناء أدائهم لأعمالهم.

2- التقارير التي تبين مستوى الإنجاز الفعلي على أساس يومي أو أسبوعي أو شهري.

وتعتبر الملاحظة الشخصية والإشراف المباشر على العاملين أثناء تأدية أعمالهم على قدر كبير من الأهمية لضمان سير الأنشطة في مسارها الصحيح. فبالإضافة إلى فائدتها في توفير المعلومات اللازمة لغايات الرقابة فهي تتيح للمدير التعرف على نقاط القوة والضعف لدى مرؤوسيه وبالنتيجة يمكن تطوير مهاراتهم من خلال التدريب.

وتعتبر التقارير المكتوبة وسيلة أخرى غاية في الأهمية لرقابة الإنجازات والأنشطة في المنظمة الصحية سيما وأن غالبية الأنشطة تعمل على مدار الساعة. حيث يعتمد المدراء على هذه التقارير إلى حد بعيد لتقييم الإنجازات واتخاذ الإجراء

اللازم عند الحاجة. ولكي تخدم هذه التقارير الغرض الرقابي منها فلابد من مراعاة الدقة والوضوح والكمال والصحة عند تحضيرها.

3- تحليل أسباب الانحرافات:

عندما تكشف عملية قياس الإنجازات ومقارنتها مع المعايير عن أية انحرافات عن هذه المعايير سواء كانت انحرافات إيجابية أو سلبية فلابد للمدير من فحص وتحليل هذه الانحرافات لتحديد الأسباب الحقيقية لها. وسواء كانت هذه الانحرافات سلبية أم إيجابية فلابد من الاهتمام بها وتفحصها لمعرفة الأسباب الحقيقية وراءها. فإذا كان الانحراف السلبي عن المعايير يشير إلى خطأ ما في الإنجاز فإن الانحراف الإيجابي عنها يشير كذلك إلى خطأ ما. فعلى سبيل المثال إذا كشفت رقابة موازنة الرواتب للممرضات أن هذه النفقات (النتائج النهائية) هي أقل من المستويات المرصودة في الموازنة (المعايير) فإن مثل هذا الانحراف الإيجابي قد يبدو للوهلة الأولى مفيداً ولكن لابد هنا من تفحص وتحليل الأسباب الحقيقية لذلك. فهل السبب لهذا الانحراف هو نقص مستويات التوظيف عن تلك المرصودة في الموازنة؟ أم بسبب ترك الممرضات الأكثر كفاءة واستبدالهن بممرضات أقل خبرة وكفاءة وبالتالي أقل رواتب؟ وما هو أثر ذلك على جودة ومستوى خدمات التمريض المقدمة المرض. وكذلك الأمر بالنسبة للعديد من الأنشطة التي قد تظهر انحرافاً إيجابياً عن المعايير مثل انخفاض نفقات الإعاشة والطعام عن المستويات المحددة في الموازنة أو نفقات الصيانة عما هو محدد في الموازنة. فالانحراف الإيجابي عن المعايير قد يترتب عليه تدني في مستويات الخدمة، ولذلك لابد من تفحص أسباب هذه الانحرافات ومعالجتها لضمان المستويات المطلوبة والمرغوبة للخدمات.

وكذلك الأمر بالنسبة للانحرافات السلبية عن المعايير فلابد من تفحصها لتحديد الأسباب الحقيقية وراء تدني الإنجازات عن المعايير المحددة قبل اتخاذ أي إجراء تصحيح بشأنها. فقد يكون سبب هذه الانحرافات خارج نطاق رقابة المدير وغير قابل للسيطرة عليه كارتفاع أسعار المواد الخام في السوق أو التضخم وما إلى ذلك من عوامل تقع خارج سيطرة المدير.

وخلاصة القول أنه في حالة عدم مطابقة النتائج النهائية أو الإنجازات مع المعايير المحددة، وبغض النظر عن النشاط موضوع الرقابة فلابد للمدير من تفحص كامل ودقيق لهذه الانحرافات لمعرفة وتحديد الأسباب الحقيقية لها وتأثير هذه الانحرافات على مستويات الخدمة قبل اتخاذ أية إجراءات تصحيحية بشأنها. ويجب أن لا يغيب عن البال هنا أن معايير الإنجازات توضع عادة على أساس من التقدير والتنبؤ مما يجعلها غير واقعية وغير عملية أحياناً مما يستوجب إعادة النظر في هذه المعايير نفسها ليجعلها أكثر واقعية وقد يكون سبب الانحراف نقص في مهارات وكفاءة العامل نفسه مما يستوجب تدريبه وزيادة مهاراته أو تبديله بعامل أكثر كفاءة. وقد يكون السبب عدم وضوح المعايير نفسها مما يستوجب توضيحها للعاملين وقد يقع سبب الانحراف خارج نطاق تحكم وسيطرة المدير كما أسلفنا.

ومن ناحية أخرى قد تكون الانحرافات الإيجابية عن المعايير مفيدة وفي صالح المنظمة الصحية إذا لم يترتب عليها تدني في جودة الخدمات.

4- اتخاذ الإجراء التصحيحي:

بعد تحليل الأسباب الحقيقية للانحرافات عن المعايير فإن الخطوة اللاحقة في العملية الرقابية هي اتخاذ الإجراء التصحيحي اللازم إذا كان مطلوباً ومعقولاً وممكناً.

والإجراء التصحيحي كما أسلفنا قد يكون إعادة النظر في المعايير نفسها ومراجعتها بقصد تعديلها وتصحيحها وجعلها أكثر عملية ومنطقية وقد يكون تدريب وتنمية مهارات الموظف، وقد يكون مذكرة شفوية أو كتابية للفت نظر الموظف المسؤول عن الانحراف أو إجراءاً تأديبياً أكثر شدة بحقه وخاصة عند تجاوزه للقواعد والسياسات المحددة. وأياً كان الإجراء التصحيحي الذي يتخذه المدير فلابد من متابعة هذه الإجراءات ودراستها للوقوف على أثرها على الرقابة مستقبلاً، فمن خلال المزيد من الدراسة والتحليل قد يجد المدير حاجة إلى معايير إضافية مختلفة لضمان النتائج المرغوبة.

متطلبات نظام الرقابة الفعال:

قبل أن تقرر إدارة المنظمة ماذا ستراقب ومتى وكيف، فلابد من مراعاة عدد من النقاط والأمور الهامة وأخذها في الاعتبار لضمان فعالية وكفاءة نظام الرقابة ومن هذه الأمور ما يلي:

1- مراعاة أهمية المدخلات والأنشطة والمخرجات التي ستتم مراقبتها والمقصود بذلك هو مدى أهمية وأولوية النشاط الذي سنراقبه نسبة إلى الأنشطة والمجالات الأخرى التي سيشملها نظام الرقابة. فعلى سبيل المثال تحتل رقابة المدخلات والمخرجات في المنظمة الصحية قمة أولويات الرقابة بالمقارنة مع رقابة الأنشطة أو العمليات processes لصعوبة رقابة هذه العمليات وبافتراض أنه إذا كانت المدخلات والمخرجات صحيحة وسليمة فإن الأنشطة التي تقوم على تحويل المدخلات إلى المخرجات المطلوبة سوف تكون سليمة بالتحصيل الحاصل. كما تختلف المدخلات بالنسبة لأهميتها الرقابية. فهناك مدخلات على غاية من الأهمية الرقابية ولابد من التأكد من سلامتها لضمان سلامة المخرجات. فالتأكد من أن الأطباء والمرضات كاهم المدخلات لديهم المؤهلات والخبرات المطلوبة للممارسة الطبية هو نشاط رقابي رئيسي لضمان جودة الخدمة الطبية. وهنالك مدخلات ليست على نفس أهمية الأطباء والمرضات وهناك مدخلات لا تستوجب القدر من الاهتمام والرقابة بالمقارنة مع غيرها من المدخلات الأكثر أهمية فعلى سبيل المثال لا يعقل أن تركز الرقابة في عنابر المرضى على استهلاك القطن والبياضات والورق الصحي على حساب الاهتمام الواجب توجيهه لرقابة صرف الدواء واستهلاك العقاقير الخطرة مثلاً.

2- العائد الاقتصادي للرقابة: لابد لنظام الرقابة من أن يكون اقتصادياً من حيث تكلفة الرقابة فلا يعقل أن تفوق تكلفة الرقابة المردود الاقتصادي الناتج عنها. لذلك لابد للإدارة من توجيه الاهتمام والجهود لرقابة الأنشطة والأمور الأكثر أهمية في المنظمة. فمن غير المقبول اقتصادياً مثلاً أن توجه الإدارة اهتماماً لرقابة حركة الزوار في المستشفى باللجوء إلى استخدام عدد من الموظفين للقيام بذلك

خصيصاً. حيث يمكن للإدارة مراقبة عدد الـزوار دون اللجـوء إلى ذلـك وبتكلفـة معقولة. ففي الحالات الاستثنائية التي يزيد فيها عدد الزوار في غرف المرضـى عـن الحد المسموح به الامر الذي قد لا تسمح به حالة المريض فيمكن لجهاز التمريـض العامل في هذا الجناح أو ذلك القيام بهذه المهمة.

3- التوقيت المناسب لعملية الرقابة ومعلومات التغذية الراجعة. فلابد لنظـام الرقابـة الفعالة من أن يكون قادراً على تقديم المعلومات المطلوبة بالتوقيت المناسب وقبـل فوات الأوان وأن يكون قادراً على كشـف الانحرافـات والأخطـاء فـور حدوثـها. فمثلاً ليس من المقبول وصول معلومات التغذية الراجعة حول نوعية وجـودة الرعايـة الطبية والتمريضية المقدمة للمريض، بعد فترة طويلة من خروجه من المستشـفى فلابـد لنظام الرقابة من أن يشير إلى الانحرافات في عملية المعالجة بالتوقيت الصحيـح ليتسـنى اتخاذ الإجراء التصحيح المناسب ومعالجة الأخطاء عند حدوثها.

4- لابد لنظام الرقابة الفعال من أن يكون ذا نظـرة مستقبلية. فلكـي يسـتطيع نظـام الرقابة تحقيق الأهداف المرسومة له لابد أن يكون قـادراً علـى كشـف الانحرافـات المستقبلية المحتملة عن الخطط والتنبؤ بها قبل حدوثها بوقت كـاف يسـمح للمديـر باتخاذ الإجراء التصحيح المطلوب. فالنقطة الأساسية في أي نظام فعال للرقابة هـي قدرته على الكشف عن الانحرافات المحتلمة والتنبؤ بها قبل حدوثـها بوقـت كـاف ليتسنى للمدير اتخاذ الإجراء التصحيحي المطلوب. ولتحقيق ذلك لابد للمدير من قراءة الماضي والحاضر واستقراء المستقبل والانتباه إلى أية مؤشـرات مبكـرة سـابقة للانحراف.

5- لابد لنظام الرقابة من أن يكون مفهوماً وبسيطاً يتناسب مع الاحتياجـات الفعليـة للرقابة ومع قدرات المسؤولين عن نظام الرقابة ومستعمليه. فالأنظمة الرقابية الـتي تركز على المعادلات الرياضية وخرائط نقط التعادل ومستخلصات الكمبيوتـر قـد يصعب على المدراء فهمها واستعمالها وبالتالي لن تؤدي الغرض منها.

6- لابد لنظام الرقابة الفعال من أن يشـير إلى الإجـراء التصحيحـي الواجـب اتخـاذه لمعالجة الانحرافات التي يكشف عنها. فنظام الرقابة الذي يكتفي بمجرد الإشـارة إلى

الانحرافات عن الخطط لن يكون ذا فائدة عملية ما لم يشير إلى الإجراء التصحيح الواجب اتخاذه، ولابد من أن يشير إلى مكان هذا الانحراف والمسؤول عنه والإجراء التصحيحي المطلوب لتصحيح هذه الانحرافات.

7- لابد لنظام الرقابة أن يتصف بالمرونة والقدرة على إدخال التغييرات والتعديلات عليه لمواجهة التغيير الذي قد يطرأ على الخطط نتيجة للظروف المتغيرة والخارجة عن إرادة المنظمة الصحية وما قد ينتج عنها من انحرافات تقع خارج نطاق سيطرة وتحكم المسؤولين عنها.

8- لابد لنظام الرقابة من أن يركز على الاستثناءات وأن يكون قادرا على كشف هذه الاستثناءات والتركيز على النقاط الهامة والحساسية بالنسبة للإنجازات. فكلما استطاع المدير تركيز جهوده الرقابية على الاستثناءات (الإنجازات التي تظهر انحرافات تقع خارج الحدود المسموح بها عن المعايير) كلما كانت نتائج الرقابة أكثر كفاءة وكلما استطاع النظام الرقابي أن يكون أكثر اقتصاديًا.

مجالات الرقابة في منظمات الرعاية الصحية:

تركز عملية الرقابة في المنظمة الصحية على ثلاثة مجالات رئيسية هي رقابة المدخلات ورقابة العمليات ورقابة المخرجات، ويمكن تطبيق نموذج الرقابة رقم (21) على كل واحدة منها:

رقابة المدخلات:

تحتل رقابة المدخلات في المنظمة الصحية قدراً كبراً من الأهمية يفوق أهمية رقابة المدخلات في أي تنظيم خارج قطاع الخدمات الصحية. ولعل ذلك يرجع إلى تميز الخدمات الصحية ومساس هذه الخدمات المباشر بصحة وحياة الأفراد المستهلكين لهذه الخدمات، وبالوضع الصحي العام للمجتمع ككل فمن المعروف أن خدمات الرعاية الطبية هي خدمات نهائية بمعنى أن الخلل لا يمكن إصلاحه في كثير من الأحيان، كما أن النتائج المترتبة عليه تنعكس مباشرة على صحة وحياة الأفراد بما تتضمنه من اعتبارات اقتصادية ومعنوية كبيرة تتمثل بقيمة الحياة البشرية ونظراً

لأهمية وحيوية خدمات الرعاية الطبية ولما كانت فرص إصلاح الأخطاء المحتملة هي ضئيلة جداً بالمقارنة مع الفرص المتاحة أمام المؤسسات الأخرى خارج قطاع الرعاية الصحية تستوجب رقابة المدخلات التي تستعملها المنظمات الصحية أهمية كبيرة واهتماماً فائقاً.

ونتيجة لأهمية ضمان جودة هذه الخدمات تولي المنظمات الصحية موضوع رقابة المدخلات أهمية بالغة للتأكد من جودة العناصر البشرية وقدراتها ومهاراتها لضمان جودة خدماتها، ويتم ذلك مبدئياً عن طريق الترخيص الرسمي لمزاولة المهنة بالنسبة للأطباء والصيادلة والممرضات وغيرهم، وعن طريق التشريعات الرسمية المتعلقة بمنح الشهادات والإجازات والتي تشهد وتضمن مقدرة العناصر البشرية على تقديم هذه الخدمات، إضافة إلى رقابة المدخلات الأخرى كنوعية الأدوية والمواد المستعملة والمنشآت والتجهيزات الأخرى المستعملة ومدى ملاءمتها لأغراض تقديم هذه الخدمات. ويتم ذلك في بعض الدول المتقدمة عن طريق جهات خارجية مختصة مثل الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات والتي تقوم بدراسة خدمات المستشفيات بالتركيز على دراسة الهيكلية العامة للمستشفى وما يستعمله من مدخلات مختلفة والتي تمنح أو تحجب هذا الاعتماد عن المستشفيات بناء على نتائج التقويم الشامل لكافة المدخلات التي يستعملها المستشفى. أما على المستوى الداخلي تقوم إدارة المستشفى برقابة هذه المدخلات والتأكد من جودتها من خلال أساليب وتقنيات محددة تتبعها عند استقطاب وتوظيف واستخدام العناصر البشرية وعند توفير المستلزمات المادية الأخرى اللازمة لأداء الخدمات.

رقابة الأنشطة:

تتطلب عملية تحويل المدخلات المتاحة إلى المخرجات المطلوبة القيام بعدد من الأنشطة التنظيمية. فبعد وضع الخطط والاستراتيجيات الكفيلة بتحقيق الأهداف المرسومة لابد للمنظمة الصحية من القيام بأنشطة تنظيمية محددة هي:

1- تصميم الهيكل التنظيمي القادر على تحقيق الأهداف المخططة سلفاً كما تعكسه الدوائر والأقسام التي يمكن خلقها في التنظيم وتوفير العنصر البشري المؤهل كماً ونوعاً والمحافظة عليه والتنسيق بين الدوائر والأقسام المختلفة في المنظمة.

2- التنفيذ والتشغيل والاستخدام الفعلي للمدخلات لتحقيق الأهداف المحددة وما يتطلبه ذلك من تحفيز وقيادة وإشراف وتوجيه واتصالات.

وإذا ما نظرنا إلى هذه الأنشطة (تصميم الهيكل التنظيمي، والمحافظة على العاملين وتحفيزهم وقيادتهم وتوجيههم ... الخ) نجد أنه ليس من السهل وضع مقاييس كمية لقياسها ومراقبتها كما هو الحال في المدخلات والمخرجات. وبالتالي فإن تطبيق رقابة الأنشطة هو أكثر صعوبة منه في رقابة المدخلات والمخرجات. إذ ليس من السهل تحديد فيما إذا كان تغيير الهيكل التنظيمي أو إعادة تنظيمية ستنتج عن قدر اكبر من الفعالية والكفاءة في تحقيق الأهداف وكذلك الأمر بالنسبة لإعادة النظر في العلاقة بين الأطباء والإدارة وأساليب القيادة والإشراف المتبعة وما إلى ذلك من أنشطة تنظيمية. ورغم الصعوبة التي تواجهها منظمات الرعاية الصحية في وضع المعايير وقياس هذه الأنشطة التنظيمية، إلا أنها تستطيع رقابة بعض هذه الأنشطة التنظيمية ووضع معايير لها استناداً إلى الخبرات السابقة للمدراء وبالرجوع إلى السجلات والمعلومات التاريخية التي تبين مسيرة ونتائج التشغيل السابقة. حيث يمكن وضع معايير للنشاط بمفهوم عدد العناصر البشرية اللازمة لكل نشاط ومبلغ النفقات المطلوبة لتقديم مستوى معين من الرعاية الطبية كماً ونوعاً، وذلك بالاعتماد على خبرات ومعارف المدراء وبالرجوع إلى سجلات وتقارير التشغيل للأعوام السابقة. حيث يمكن للإدارة اعتماد أرقام محددة في الموازنة السنوية للتشغيل فيما يتعلق بعدد العاملين ومبلغ النفقات المطلوبة لكل نشاط.

فإذا ما زاد عدد العاملين أو مبلغ النفقات عما هو متوقع ومرصود في الموازنة فإن عملية الرقابة سوف تشير إلى ذلك، كما يمكن للإدارة وضع وتبني معايير أخرى لرقابة النشاط مثل موازنات العمل الإضافي ومعدلات دوران العمل، ومعدلات استهلاك المواد ونفقات الصيانة وذلك بالاعتماد على خبرة ومعرفة المدراء وسجلات وتقارير التشغيل

للأعوام السابقة. ومع ذلك لابد من الإشارة وكما ذكرنا أعلاه، إلى أنه وبسبب الصعوبة في وضع المعايير المناسبة للكثير من الأنشطة التنظيمية التي ذكرناها أعلاه تتجه الرقابة في المستشفيات إلى التركيز على المدخلات والمخرجات على إفتراض أنه إذا توافقت المدخلات والمخرجات مع المعايير المحددة فإن الأنشطة التي تقوم على تحويل المدخلات إلى المخرجات المطلوبة هي مناسبة بحكم التحصيل الحاصل.

رقابة المخرجات:

تهتم رقابة المخرجات بالتأكد من أن الأهداف الرئيسية والثانوية للمنظمة والأهداف الفرعية للدوائر والأقسام قد تم تحقيقها بالمستوى المطلوب كماً وكيفاً. فهي التي تحدد فيما إذا كانت الخدمات تقدم بالمدى المخطط لها وفيما إذا كانت هذه الخدمات ذات نوعية جيدة أم لا. وبمعنى آخر تهتم رقابة المخرجات بمعرفة فيما إذا كانت المخرجات المتحققة عن التشغيل هي نفس المخرجات المرغوبة أو المتوقعة. ولغايات التأكد من ذلك تتبنى المنظمات الصحية معايير يمكن معها قياس النتائج النهائية للأنشطة بمفاهيم كمية للقياس مثل العدد الإجمالي لحالات الدخول للمستشفى وعدد الأيام المرضية ومعدلات أشغال الأسرة للمستشفى ككل، ولكل خدمة ن خدماته وعدد الزيارات للعيادات الخارجية وعدد العمليات الجراحية وعدد الوصفات الطبية وعدد وجبات الطعام وما إلى ذلك من مقاييس كمية يمكن وضعها لكل أنواع المخرجات. ويمكن للإدارة كشف أية انحرافات عن هذه المقاييس من خلال التقارير الإحصائية المنتظمة والتي تبين نتائج التشغيل الفعلية (المخرجات) لكل نشاط ومن خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي Retrospective medical Audit والتي تشير إلى مدى جودة وملائمة الممارسة الطبية ومراجعة الاستخدام Utilization review والتي تشير إلى كيفية استخدام الأسرة والخدمات الأخرى فيما إذا كان هنالك استخدام زائد وغير مبرر. وتشير معلومات التغذية الراجعة هذه إلى أية انحرافات عن المقاييس الموضوعة وبالتالي تمكن متخذي القرار من اتخاذ الإجراء التصحيحي المناسب والمطلوب لتصحيح الانحرافات عن هذه المعايير.

طرق وأساليب الرقابة:

هنالك عدد من الطرق والأساليب الرقابية المتوافرة للمدير الصحي والتي يمكن استعمالها لرقابة الأنشطة في منظمته، ويمكن تلخيص أهم هذه الأساليب كما يلي:

1. التفتيش:

يهدف التفتيش كوسيلة من وسائل الرقابة إلى التأكد من سلامة الأنشطة واتفاقها مع السياسات والأنظمة المعتمدة للتنفيذ. وهو بذلك يتولى فحص سلامة الأنشطة وعمليات التشغيل. وينتهي التفتيش عادة برفع تقارير مكتوبة إلى المسؤولين عن هذه الأنشطة ومتخذي القرار. وهذا التفتيش قد يكون دورياً كما هو الحال في التفتيش علَى المخازن الرئيسية وعمليات الجرد وقد يكون مفاجئاً وفي أوقات مختلفة كما هو الحال في التفتيش على الأدوية والعقاقير الخطرة في العنابر والصيدلية الرئيسية والصيدليات الفرعية في العنابر وقد يكون تفتيشياً يومياً كما هو الحال في التفتيش على النظافة في أقسام المستشفى. ويعقب التفتيش عادة تقارير مكتوبة توضح سير الأعمال ومستويات الإنجاز وأية مخالفات وانحرافات يكشف عنها التفتيش.

2. الإشراف والملاحظة الشخصية:

ويشير هذا الأسلوب إلى قيام المدراء أنفسهم بالملاحظة الشخصية والإشراف المباشر على العاملين أثناء تأديتهم لأعمالهم للتعرف على الإنجازات الفعلية ومقارنتها بالمعايير المحددة لاكتشاف الأخطاء والانحرافات وتصويبها فور حدوثها. وبالرغم من ان الملاحظة المباشرة للعمل والاحتكاك الشخصي بين المدير والعاملين تستهلك جزءاً كبيراً من وقت المدير، إلا أنهما على جانب كبير من الأهمية لضمان سير الأنشطة في مسارها الصحيح. فبالإضافة إلى دورها في توفير المعلومات اللازمة للرقابة فهي تمكن المدير من التعرف على نقاط القوة والضعف لدى العاملين في دائرته وبالتالي يمكن تطوير مهاراتهم وتدريبهم.

3. تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات:

تعتبر التقارير المكتوبة والتي تبين سير الأنشطة والإنجازات وسيلة غاية في الأهمية لرقابة الإنجازات والأنشطة المختلفة سيما وأن الكثير من الأنشطة تعمل على مدار الساعة. ويعتمد المدراء على هذه التقارير المكتوبة إلى حد بعيد لتقويم الإنجازات والفعاليات المختلفة حيث تمكن هذه التقارير من اتخاذ الإجراء اللازم عند الحاجة. وهذه التقارير قد تكون يومية كتقارير الموجود اليومي للمرضى والإدخالات والخروج وتقارير خدمات التمريض اليومية وتقارير الحوادث وأخطاء العلاجات والحالات الخطرة، وما إلى ذلك من تقارير يومية، أو تقارير أسبوعية أو شهرية والتي تبين الإنجازات المتحققة للأنشطة والدوائر المختلفة كتقارير دوائر الأشعة والمختبر والصيدلية والعيادات الخارجية وغيرها من الأقسام والدوائر. ويتم تحضير مثل هذه التقارير من قبل رؤساء الدوائر والأنشطة وترفع إلى الإدارة لدراستها واتخاذ الإجراء التصحيحي المطلوب على ضوء ما تكشف عنه هذه التقارير من انحرافات عن المعايير الموضوعة. ولكي تؤدي هذه التقارير الغرض الرقابي لها لابد من مراعاة انتظامها ودقتها ووضوحها وكمالها والتوقيت الصحيح لها.

4. نماذج استقصاء وتقويم الخدمات وصناديق الاقتراحات والشكاوي:

حيث تلجأ إدارة المنظمة الصحية أحياناً إلى دراسة وتقويم جودة خدماتها عن طريق التعرف على آراء وملاحظات المرضى والزوار ومدى رضاهم عن هذه الخدمات باستعمال نماذج خاصة يتم توزيعها عليهم بهدف التعرف على مستوى هذه الخدمات وتحسينها وخاصة فيما يتعلق بالخدمات غير الطبية كخدمات الطعام والنظافة واستقبال المرضى والعلاقات العامة وخدمات التمريض والسجلات الطبية والعيادة الخارجية، وتوفر مثل هذه الاستقصاءات معلومات وبيانات غاية في الأهمية للإدارة تمكنها من تقويم وتحسين مثل هذه الخدمات بشكل مستمر.

كما تلجأ الكثير من المنظمات الصحية إلى وضع صناديق خاصة بمقترحات وشكاوي المرضى وذويهم بخصوص الخدمات المقدمة لهم حيث تقوم الإدارة بفحص مثل هذه المقترحات للتعرف على مستويات الخدمات وبالتالي اتخاذ ما يلزم لتحسينها.

5. الموازنات التقديرية:

تعتبر الموازنات التقديرية بأنواعها المختلفة الأسلوب الأكثر شيوعاً واستعمالاً في المنظمات الصحية ومع أن الموازنات هي خطط تترجم وتوضح الأنشطة المتوقعة للمنظمة أو لأي نشاط أو دائرة من الدوائر بأسلوب رقمي لفترة زمنية محددة، فإن استعمال الموازنة هو لغايات رقابية. وعلى ذلك يمكن تعريف الموازنة بالمقاييس الموضوعة سلفاً والتي يجري مقارنة الإنجازات الفعلية عليها ومن ثم تعديل هذه الإنجازات عن طريق ممارسة الرقابة.

وهنالك عدة أنواع من الموازنات في المنظمة الصحية مثل موازنة الرواتب والأجور وموازنة النفقات التشغيلية، وموازنة النفقات الرأسمالية وموازنة العمل الإضافي، وموازنة المواد، وموازنة الصيانة، وموازنة الطعام وغيرها من الموازنات التي تحدد التكاليف والنفقات في المنظمة. ونظراً لان مثل هذه الموازنات مترجمة بأسلوب رقمي محدد. فإنها تستعمل كمعايير لمقارنة الإنجازات بها ومن ثم اتخاذ الإجراء التصحيحي إذا استلزم الأمر. فعلى سبيل المثال تشير موازنة العمل الإضافي للممرضات إلى مجموع ساعات العمل الإضافية اللازمة خلال فترة زمنية محددة لتحقيق مستوى معين من النتائج، فعند زيادة ساعات العمل الإضافي عما هو محدد لها في الموازنة يمكن اتخاذ الإجراء التصحيحي المطلوب بعد معرفة السبب المسؤول عن هذه الزيادة. فقد يكون السبب هو زيادة أعباء العمل التمريضي عما هو مقدر في الموازنة، وقد يكون السبب هو ترك عدد من المرضات للعمل مما اضطر إدارة التمريض إلى تعويض ذلك عن طريق زيادة ساعات العمل الإضافي. فبعد تحديد السبب الحقيقي المسؤول عن الانحراف يمكن للإدارة اتخاذ ما تراه مناسباً من إجراءات تصحيحية بشأن هذه الانحرافات كأن تلجأ إلى استخدام عدد كبير من المرضات.وقد ترى الإدارة من زاوية تحليل الكلفة / العائد زيادة الوقت الإضافي المسموح به بشكل مؤقت أثناء المواسم التي تزيد فيها أعباء خدمات التمريض بدلاً من توظيف أعداد جديدة من المرضات. وكذلك الأمر بالنسبة للموازنات الأخرى حيث تستعمل

كمعايير محددة يقاس عليها الإنجاز الفعلي. إن مثل هذه الموازنات تسهل مقارنة النتائج مع المعايير وتسهل تحديد السبب إذ كان هنالك انحراف ما.

6. تحليل النسب:

يعتبر أسلوب تحليل النسب أحد الأساليب الهامة والبسيطة التي تستعملها منظمات الرعاية الصحية لرقابة أنشطتها وفعالياتها. ويقوم هذا الأسلوب الرقابي على مقارنة النتائج الفعلية للأنشطة خلال فترة زمنية معينة والمترجمة بمقاييس رقمية مع مقاييس رقمية أخرى لهذه الأنشطة خلال فترات زمنية أخرى. فعلى سبيل المثال تستعمل المستشفيات نسبة أشغال الأسرة كمؤشر رقابي هام للدلالة على الطاقة التشغيلية الفعلية للمستشفى خلال مسيرة التشغيل. فمن المعروف في المستشفيات أن تكلفة السرير الخالي تعادل على الأغلب تكلفة السرير المشغول، لذلك فإن نسبة أشغال الأسرة هي المؤشر الرقابي الذي يبين لإدارة المستشفى الأسرة المشغولة والأسرة الخالية من فترة لأخرى وفي الخدمات المختلفة. فإذا ما حصل تغيير حاد في نسبة الأشغال من 95٪ مثلاً إلى 70٪ فإن ذلك يدل على خطأ ما، وبالتالي يمكن لمتخذ القرار من اتخاذ ما يراه مناسباً لتصحيح الوضع بعد تحليل ومعرفة الأسباب المسؤولة عن تدني نسبة الأشغال. فقد يلجأ المدير إلى زيادة نسبة الأشغال إذا كان ذلك ممكناً، وقد يلجأ إلى نقل بعض الأسرة من خدمة إلى أخرى أو إغلاق بعض الأسرة إذا دعت الضرورة، وما إلى ذلك من إجراءات تصحيحية يراها مناسبة بناءً على معرفة وتحليل أسباب تدني نسبة الأشغال.

وتستعمل المستشفيات نسباً أخرى عديدة لمقارنة النتائج النهائية للتشغيل مثل معدل الإقامة للمرضى من عام لآخر أو من شهر لآخر، وبين الأقسام والشعب المتعددة للخدمة الواحدة، ومعدل دوران العمل والتكلفة الكيلة لكل سرير وغيرها من النسب التي تشير إلى نتائج التشغيل.

وهنا لابد من تحليل وفهم الأسباب الحقيقية للانحرافات عن المعايير وإلا فإن تحليل النسب سوف يكون مضللاً لمتخذ القرار. فمثلاً تستعمل المستشفيات نسبة عدد العاملين لكل سرير كمؤشر لقياس كفاءة التشغيل. فعند مقارنة هذا المؤشر للعام

الحالي مع مثيله لعام السابق دون الانتباه إلى ما طرأ على حجم العمل من تغيير، فإن نتائج المقارنة سوف تكون مضللة للإدارة. فلو كانت نسبة العاملين لكل سرير خلال العام الماضي ه 3 : 1 بينما هي 4 : 1 لهذا العام، فقد يشير ذلك إلى زيادة كبيرة وغير مبررة في عدد العاملين من النظرة الأولى والسطحية للمقارنة.

وإذا ما تفحصنا الأسباب الحقيقية لهذه الزيادة يمكن أن تكتشف الإدارة بأن حجم العمل في العيادات الخارجية قد زاد من عشرة آلاف زيارة في العام الماضي إلى 30 ألف زيارة لهذا العام مما استدعى استخدام عدد أكبر من العاملين لمقابلة الزيادة في حجم العمل رغم ثبات عدد الأسرة في المستشفى. لذلك فإن الحكم على نتائج المقارنة دون فحص وتحليل الأسباب سوف يكون مضللاً لمتخذ القرار.

7. البرمجة الشبكية **Network Programming**:

تتضمن البرمجة الشبكية أسلوبين للتخطيط والبرمجة والرقابة هما أسلوب تقويم ومراجعة الإنجازات PERT وأسلوب المسار الحرج CPM.وكلا الأسلوبين يستعملان لتخطيط وبرمجة ورقابة المشروعات المعقدة والكبيرة الحجم وذات الطبيعة غير المتكررة One-time types of projects والتي تتطلب من المدير تخطيط وبرمجة ورقابة عدد ضخم من الأنشطة المترابطة والمعتمدة على بعضها البعض والتي لابد من حدوثها حسب تسلسل زمني محدد ودقيق، كمشاريع بناء المطارات والطرق والسدود والمستشفيات وما إلى ذلك من مشاريع كبيرة معقدة.

ونظراً لأن موضوعنا يتعلق برقابة أنشطة وفعاليات التشغيل في منظمات الرعاية الصحية ولأن هذين الأسلوبين يستعملان لتخطيط وبرمجة ورقابة المشروعات الكبيرة والمعقدة كما أسلفنا مما يضعها خارج نطاق بحثنا. فلن نتناولهما بالتفصيل تاركين لمن يريد الاستزادة الرجوع إلى ما هو متواجد من مراجع متخصصة في التخطيط والبرمجة. وعلى ذلك سوف نستعرض هذين الأسلوبين بشكل موجز.

أسلوب تقييم ومراجعة الإنجازات PERT:

يقوم هذا الأسلوب على التتابع المتسلسل لأنشطة المشروع وتقدير ثلاثة أزمنة لإكمال كل نشاط من هذه الأنشطة وهي:

1- التقدير المتفائل Optimistic time وهو الزمن الذي يتوقع فيه الانتهاء من النشاط إذا سارت الأنشطة حسبما هو مخطط لها بدون أية عوائق.

2- التقدير المتشائم Pessimistic time وهو الزمن المتوقع للانتهاء من النشاط في حالة تعرض المشروع للعوائق والعراقيل.

3- التقدير الأكثر احتمالاً most likely time وهو الزمن الذي يتوقع فيه الانتهاء من النشاط في ظل الظروف الاعتيادية.

وعند رسم هذه الأنشطة تسلسلياً على محور للزمن مع اخذ الأزمنة الثلاثة بالاعتبار لاستكمال كل نشاط، فمن الممكن الوصول إلى ثلاثة أزمنة مختلفة لاستكمال المشروع ككل، كما يمكن معرفة أي الأنشطة يجب إكمالها قبل البدء بالأنشطة الأخرى.

ولرسم الشبكة لابد من تخطيط وتحديد الأنشطة اللازمة للمشروع وتحديد كيفية تنفيذ هذه الأنشطة بمفهوم المعدات والآلات المطلوبة والمواد والعناصر البشرية اللازمة.

أسلوب المسار الحرج CMP

يشبه هذا الأسلوب أسلوب PERT إلى حد كبر من حيث تركيزه على أنشطة المشروع والتسلسل الزمني والمنطقي لهذه الأنشطة. ولكنه لا يتضمن عنصر الزمن الأكثر احتمالاً لاستكمال النشاط بل يستعمل هذا الأسلوب زمن تقديري واحد. وطبقاً لهذا الأسلوب يرتب المخطط الأنشطة المختلفة بطريقة التسلسل الزمني والمنطقي، ومن ثم يقرر الزمن اللازم لإكمال كل نشاط كما يقوم بتحديد تلك الأنشطة التي يمكن أن تؤخر المشروع ككل إذا لم تستكمل في الزمن المحدد لها والتي لا يمكن البدء بالأنشطة الأخرى إل بعد استكمالها. وهذا ما يعرف بالمسار الحرج Critical path وعندها يمكنه تقرير فيما إذا كان من الواجب تخصيص المزيد من الموارد كزيادة العنصر البشري للنشاط المتأخر عن البرنامج الزمني المحدد أو زيادة ساعات العمل الإضافي للإسراع في استكمال نشاط معين بحيث يمكن استكمال المشروع بالوقت المحدد أو بوقت سابق لما هو مخطط.

رقابة جودة الرعاية الطبية

مفهوم الجودة:

يختلف مفهوم جودة الرعاية الطبية في بيئة المنظمة الصحية باختلاف الفئات البشرية العاملة فيها والمتعاملة معها ونظرة وتقويم كل منهم لمعنى الجودة ومفهومه الشخصي لها. فالجودة تعني للمريض معاملته باحترام واهتمام وتعاطف وتفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي يحتك ويتصل بها بشكل مباشر او غير مباشر أثناء تواجده وإقامته في المستشفى. وتعني للأطباء توفير أعلى مستوى من المعارف والمهارات الطبية والمعدات والأجهزة لرعاية المرضى وتعني للإدارة توفير أفضل العناصر البشرية والمادية اللازمة لتقديم الخدمة وقيام الأطباء ومزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم وتدريب وتعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسن المستمر لهذه الخدمات.

ورغم المفاهيم المختلفة للجودة يجمع المتخصصين والمهتمين بهذا الموضوع على أن الرعاية الطبية الجيدة وقياسها وتقييمها يتضمن مفهومين أساسين هما جودة الرعاية الفنية Quality of the technical care وجودة فن الرعاية Quality of the art of care وتشير الرعاية الفنية إلى مدى ملائمة adequacy الأنشطة والإجراءات الهادفة إلى تشخيص ومعالجة المرضى بينما يشير فن الرعاية إلى البيئة الكلية التي يجري فيها تقديم الخدمات وأسلوب تقديمها وسلوكيات من يقدمها وطريقة التعامل والتفاعل مع المريض والتأثير على سلوكيات المريض المؤثرة على صحته وتعزيز السلوك الصحي الإيجابي لديه من حيث خلق الرغبة والاستعداد لدى المريض للإفضاء بمشاكله المؤثرة على صحته ومناقشتها مع فريق الرعاية الطبية ومن حيث استعماله الخدمات الطبية والانتفاع بها بطريقة تسهم في استرداد صحته بشكل سريع وفعال واتباع التعليمات والإرشادات الطبية المحددة له والهادفة إلى كشف الأمراض المزمنة لديه وعلاجها بل تطورها واستفحالها. وحقيقة الأمر أن غالبية الدراسات والجهود الموجهة لموضوع تحسين جودة

الرعاية الطبية قد ركزت على الجوانب الفنية للرعاية technical care بينما لم يحظى فن الرعاية بالاهتمام والتركيز اللازم على الرغم مما له من تأثير كبير على جودة الرعاية الطبية وعلى النتيجة النهائية للخدمات الطبية وعلى تحسين المستوى الصحي العام للفرد والمجتمع كهدف نهائي لأي نظام صحي.

وقد عرف دونا بيدين الرعاية الطبية الجيدة بأنها ترتكز على عدد من المبادئ والمواصفات كما يلي:

1- أن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية.

2- ان الرعاية الطبية الجيدة هي التي تركز على الجوانب الوقائية.

3- تتطلب الرعاية الطبية الجيدة التعاون الواعي والمتفهم بين الأفراد والأطباء.

4- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تتعامل مع المريض ككل وليس كنظام بيولوجي فقط.

5- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تحافظ على علاقات شخصية مستمرة ومباشرة بين الطبيب المعالج والمريض.

6- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي يتم تنسيقها مع الخدمات الاجتماعية الأخرى.

7- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تنسق كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة.

8- إن الرعية الطبية الجيدة هي التي تتضمن تطبيق واستعمال كافة الخدمات لضرورية للطب الحديث لسد احتياجات كل أفراد المجتمع.

وحقيقة الأمر أن الرعاية الطبية تشمل كل ما تقدم فهي التي تركز على الجوانب الوقائية من الأمراض إضافة إلى معالجتها وهي التي تتعامل مع المريض كشخص بما يمثله من أنظمة متعددة وليس كنظام بيولوجي فقط وهي التي تتعامل معه باحترام وتفهم لكافة احتياجاته الصحية والاجتماعية والعاطفية والنفسية وهي التي تنسق الخدمات الطبية التي يحتاجها الفرد بمستوياتها الثلاثة المعروفة وتوفر كافة المستلزمات

الضرورية للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع. وعلى ذلك فلابد لإدارة المنظمة الصحية والأطباء والمرضات والمهنيين الصحيين الآخرين الذي يقدمون خدمات الرعاية الطبية او يساهمون في تقديمها من النظر لموضوع جودة الرعاية الطبية بمفهومها الواسع والشامل والصحيح ومن وجهة نظر كافة المعنيين بهذه الخدمات وفي مقدمتهم المرضى وليس من الزاوية التي تهم كل منهم فقط. فالخدمة الطبية الجيدة هي التي تركز على فن الرعاية Art of care إضافة إلى تركيزها على فنيات وتقنيات الرعاية Technicality of care . بل يمكن القول ومن وجهة النظر التسويقية أن إتقان فن الرعاية الصحية يمكنه أن يغطي على الاختلالات في فنية الرعاية.

رقابة جودة خدمات الأطباء:

إن المتتبع للتراث الصحي بشكل عام وموضوع رقابة جودة الخدمة الطبية بشكل خاص يجد عدداً كبيراً من المفاهيم المستعملة في هذا الشأن والتي قد تلتبس على القارئ العادي مثل التدقيق الطبي Medical Audit ومراجعة الزملاء Peer review وبرنامج الجودة النوعية Quality assurance program ومراجعة الاستخدام utilization review وغيرها من المفاهيم والمسميات الأخرى ورغم تعدد هذه المفاهيم إلا أنها ترتبط بموضوع واحد وهو تقويم ورقابة جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى. فالتدقيق الطبي هو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية Retrospective study للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمة الطبية التي تلقاها هؤلاء المرضى أثناء تواجدهم في المستشفى وتعرف الجودة في التدقيق الطبي بدرجة التطابق والانسجام مع المعايير المقبولة للجودة من حيث المبادئ العلمية والممارسة الطبية المقبولة والمتعارف عليها مهنياً.

وجدير بالذكر أن هذه الطريقة قد تم تطويرها بشكل مبدئي بواسطة جمعية الجراحين الأمريكيين بهدف ضمان جود الخدمة الطبية واستمرت من خلال جهود الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات JCAH. وتتضمن مراجعة الزملاء قيام بعض الأطباء بمراجعة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها أطباء آخرون زملاء لهم على أساس الدراسة الاسترجاعية للرعاية التي تم تقديمها للمرضى بعد تخرجهم من المستشفى أو

على أساس الدراسة المستقبلية Prospective study للرعاية الطبية التي يجري تقديمها للمرضى في المستشفى كالاستشارات الطبية والجراحية من طبيب لآخر قبل عمل الإجراء الطبي او الجراحي او التشخيص. أو على أساس مستمر Concurrent basis مثل مراجعة الاستخدام لأسرة ومنشآت وخدمات المستشفى لترشيد هذا الاستخدام وتحقيق اقتصاديات التشغيل مع المحافظة على جودة الخدمة الطبية. وبرنامج الجودة النوعية هو عبارة عن برنامج لمراجعة الاستخدام ثم وضعه من قبل جمعية المستشفيات الأمريكية والذي تم عمله أثناء إقامة المريض في المستشفى وقد تم تطويره لاحقاً للكشف عن الاستخدامات غير الضرورية وغير المبررة لأسرة وخدمات المستشفى. ومما يذكر أن التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام يسيران الآن معاً لضمان جودة الخدمة الطبية والاستخدام الاقتصادي لمنشآت وخدمات المستشفى.

ويستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء على نوعين من المعايير الأول معايير مفهومه ضمناً للأطباء implicit standards والثاني هو معايير واضحة ومحددة explicit standards تستند على أسس علمية. وتستند المراجعة الضمنية إلى التقدير والاجتهاد الشخصي للطبيب المقيم حول جودة الرعاية الطبية المقدمة من قبل طبيب آخر. بينما تستند المراجعة المبنية على معايير واضحة على أسس ومعايير محددة متفق عليها بين الأطباء ولا تقبل التفسير أو الاجتهاد الشخصي.

ولضمان جودة الرعاية الطبية تركز غالبية المستشفيات الحديثة في الممارسة على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي:

1- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف او الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية Credential committee لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الطبية.

2- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الطبية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المستشفى وتبني سياسة محددة وجيدة للأدوية والعقاقير في المستشفى وذلك من خلال لجان متخصصة فنية هي لجنة

التحكم بالعدوى Infection control ولجنة الصيدلة والعقاقير Pharmacy & drug committee.

3- تقييم ورقابة جودة الرعاية الطبية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي Retrospective study ومراجعة الاستخدام Utilization review.

4- التركيز على تصميم برامج التعليم الطبي والتمريضي المستمر على ضوء الاحتياجات التعليمية والتدريبية التي تكشف عنها دراسات التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام.

متطلبات نظام تقييم الرعاية الطبية:

تقترح الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقويم الرعاية الطبية في المستشفيات وهذه المتطلبات هي:

1- يجب أن يكون النظام هادفاً وموضوعياً Objective وثابتاً وهنا لابد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.

2- يجب أن يكون نظام التقويم كفؤ وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب وهنا لابد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتاً كبيراً ولا تتطلب تقويماً أو حكماً إكلينيكياً.

3- يجب أن يكون التقويم موثقاً بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقيعها من قبل الطبيب المسؤول.

4- أن يكون التقويم صحيحاً من الناحية الإكلينيكية. وعلى ذلك لابد من إخضاع كافة المعايير الإكلينيكية المستعملة للتبرير الطبي أو يجب أن تكون مبررة.

5- يجب ان يكون النظام مرناً بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.

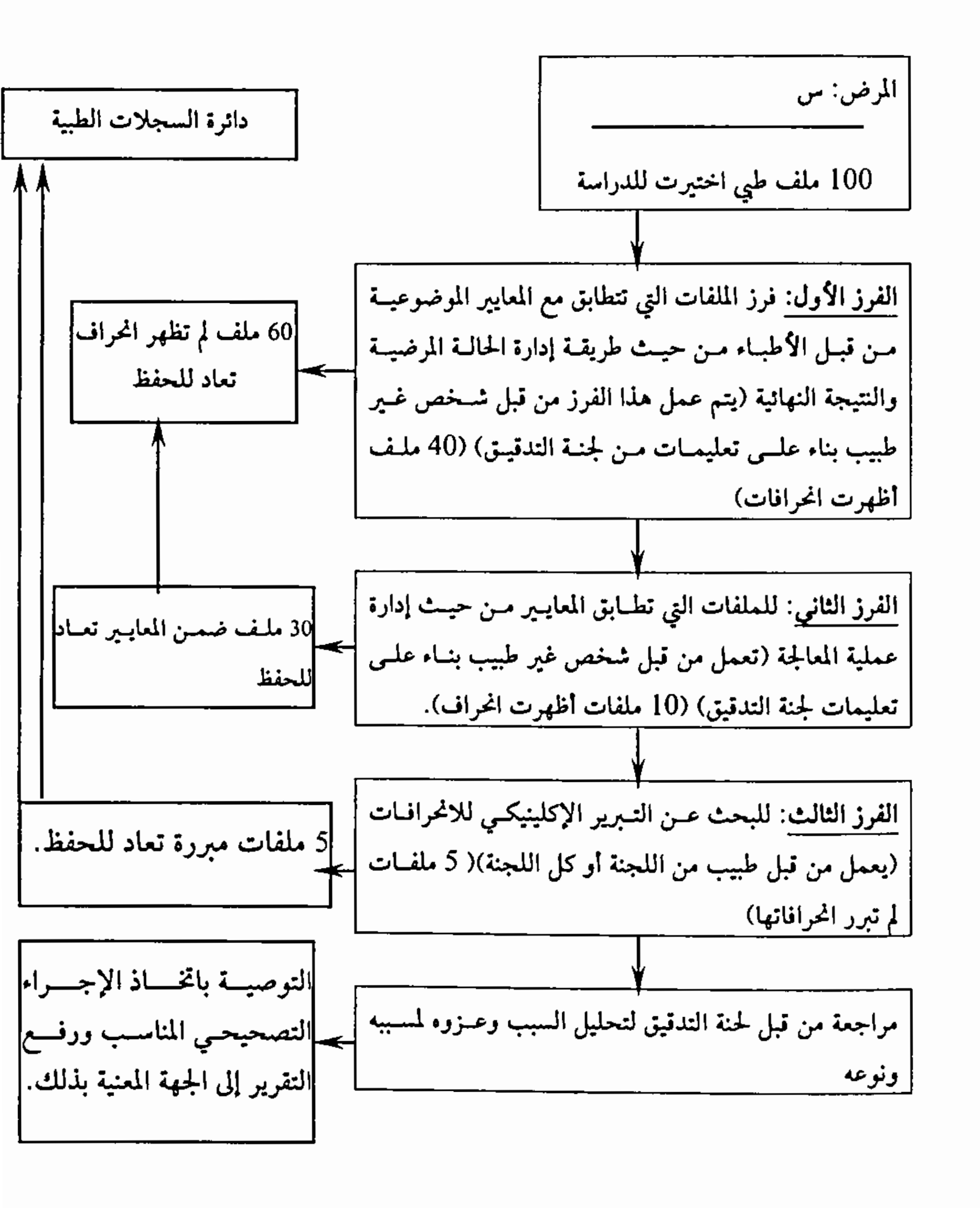
6- يجب أن ينتج التقويم عن إجراء تصحيحي ما action - oriented فلابد من أن يسفر التقويم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف سواء كان ذلك الإجراء

التصحيحي برنامج تعليمي وتدريبي، إشراف مباشر على الطبيب تعديل السياسة الطبية، إيقاع الجزاء والعقوبات وما إلى غير ذلك من إجراءات تصحيحية.

ويمثل الشكل رقم (22) طريقة الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات في التدقيق الطبي. ويجري هذا التدقيق مرة في الشهر على الأقل وذلك لكل خدمة من الخدمات الرئيسية الطبية والجراحية في المستشفى مثل الطب الباطني، والجراحة وأمراض النساء والولادة، وأمراض الأطفال وما إلى غير ذلك من خدمات. وهذا التدقيق هو عبارة عن مراجعة للسجلات الطبية يقوم بها الأطباء الزملاء لأعمال زملاءهم بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم.

وتقوم بهذا التدقيق لجنة متخصصة من الأطباء Medical Audit Committee حيث يتم التركيز على النتائج النهائية للرعاية الطبية أكثر منها على عملية تقديم الرعاية. ويعتمد التدقيق على مبدأ الإدارة بالاستثناء Management by exception حيث يجري الكشف عن الانحرافات الهامة عن المعايير تمهيداً لدراستها بشكل كامل من خلال الدراسة والتدقيق الذي يقوم به الأطباء.

الشكل رقم (22)
التدقيق الطبي الاسترجاعي



رقابة جودة خدمات التمريض:

تعتبر خدمات التمريض عاملاً رئيسياً وذا تأثير كبير ومباشر على جودة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء وعلى جودة الرعاية الاستشفائية التي يقدمها المستشفى ككل. ولغايات ضبط ورقابة جودة هذه الخدمات تعتمد المستشفات على نوعين رئيسيين من أساليب التقويم والرقابة هما:

1- أساليب التقويم غير الرسمية وهي الأكثر شيوعاً واستعمالاً حيث تعتمد إدارة المستشفى على ملاحظات وتقويم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكاً بالمرضات والأقدر على الحكم على جودة ومستوى خدمات التمريض من الناحية الفنية التي تتعلق بعملية إدارة ومعالجة المريض، مثلاً إعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج واتباع تعليمات الأطباء لرعاية المريض وما إلى غير ذلك من أمور فنية تخص الرعاية العلاجية للمريض Cure Services.

كما تعتمد إدارة المستشفى على استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم. فالمرضى وبحكم اتصالهم واحتكاكهم المباشر مع الممرضات يمكنهم تقويم مستوى هذه الخدمات من خلال ملاحظاتهم الشخصية وخبراتهم أثناء إقامتهم في المستشفى وخاصة تلك الخدمات غير العلاجية والتي تعرف بخدمات فن الرعاية Art of care من حيث طريقة التعامل مع المريض والاهتمام به والمعاملة اللطيفة وتلبية احتياجاته والرد على استفساراته. وتعتبر ردود فعل المرضي واستقصاء آرائهم حول هذه الخدمات مؤشر ا جيداً لتقويم خدمات التمريض.

2- أساليب التقويم الرسمية وتشمل هذه الأساليب مراجعات وتدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي Nursing Audit. ويمكن القيام بهذا التدقيق التمريضي من قبل لجنة تدقيق خدمات التمريض في المستشفى أو من قبل ممرضات متخصصات من داخل المستشفى أو خارجه ويتم عمل هذا التدقيق على غرار التدقيق الطبي حيث يتم كشف الانحرافات غير المقبولة في أداء

خدمات التمريض من واقع الملف الطبي للمريض ومن ثم يجري تصحيح هذه الانحرافات باتخاذ ما يلزم من إجراء تصحيحي.

كما تعتمد إدارة المستشفى كذلك على التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل المرضات المسؤولات في الأجنحة الداخلية للمستشفى والتي تكشف عن أية انحرافات أو أخطاء في الخدمة التمريضية على مدار الـ 24 ساعة الماضية.

ولضمان جودة الخدمة التمريضية تتبع غالبية المستشفيات معايير هيكلية يمكن معها ضمان جودة هذه الخدمات وتتعلق هذه المعايير بمؤهلات وخبرات الممرضات والعدد المطلوب لأداء الخدمات والهيكل التنظيمي لدائرة خدمات التمريض ووجود طرق وإجراءات وسياسات مكتوبة لأداء الخدمات التمريضية وغير ذلك من معايير هيكلية تركز على المدخلات التي تستعملها دائرة التمريض ونوعية هذه المدخلات لارتباط جودة هذه المدخلات مع جودة المخرجات الناتجة عنها.

وتعتمد الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة تستعملها لتقويم خدمات التمريض في المستشفيات العضوة فيها والتي تتقدم بطلب لاعتمادها وهذه المعايير هي:

1- وجود إدارة خدمات التمريض في المستشفى والإشراف عليها من قبل ممرضة مؤهلة أو ما يعرف بالممرضة المسجلة قانوناً RN. كما يجب أن يكون في المستشفى عدد كاف من الممرضات القانونيات على مدار الأربع والعشرين ساعة لتخطيط هذه الخدمات وتعيين واجبات أعضاء الجهاز التمريضي والإشراف على هذه الخدمات وتقويمها ولتوفير الخدمات التمريضية المتخصصة للحالات المرضية التي تتطلب معرفة وخبرات الممرضة القانونية على مدار 24 ساعة.

2- وجوب وجود خريطة تنظيمية ودليل تنظيمي حديث لدائرة التمريض يبين الهيكل الوظيفي للدائرة وتنظيمها وسلطات ومسؤوليات وواجبات جهاز التمريض.

3- وجوب وجود سياسات وإجراءات كتوبة تتعلق بأداء خدمات التمريض والسياسات الإدارية المتعلقة بذلك لضمان سلامة الممارسة التمريضية في المستشفى وبما يتضمن قيام الممرضات بمسؤولياتهن وتحقيق أهداف الدائرة.

4- يجب أن يكون هنالك دليل على قيام الممرضات بتنفيذ خطط المعالجة بشكل سليم وكفوء وفعال وذلك من خلال احتواء الملف الطبي للمريض على النماذج الخاصة بخدمات التمريض.

5- وجوب وجود برامج للتعليم المستمر للممرضات وتوفير فرص التعليم الداخلي والخارجي لهن لتحسين مهارات ومعارف وخبرات جهاز التمريض.

رقابة جودة خدمات الدوائر الأخرى:

تكلمنا فيما سبق عن رقابة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء والممرضات والأساليب التي تستعملها المستشفيات في هذا الشأن وأشرنا إلى مراجعات الزملاء الأطباء Peer review والتي تقوم بها لجان متخصصة مثل لجنة الدقيق الطبي والتي تقوم بمراجعة ودراسة الممارسات الطبية والنتائج النهائية لهذه الممارسات بالمقارنة مع معايير متعارف عليها بين الأطباء الزملاء. ولجنة الأنسجة Tissue Committee والتي تقوم بدراسة الأنسجة البشرية التي تيم إزالتها في العمليات الجراحية للكشف عن أية أنسجة طبيعية قد أزيلت بالخطأ. ولجنة السجلات الطبية والتي تراجع السجلات الطبية للمرضى للتأكد من كمالها ودقتها كأساس لتقييم جودة الخدمة الطبية. ولجنة الاستخدام Utilization review للتأكد من أن أسرة المستشفى وخدماته الأخرى تستعمل بشكل مناسب ومبرر. إضافة إلى مراجعات واجتماعات الأقسام الطبية والجراحية التي تعقد شهرياً لمراجعة حالات مختارة من بين الوفيات والمرضى الذين لم يتحسنوا والحالات المرضية المعقدة. كما أشرنا إلى لحنة الصيدلية والأدوية ولجنة ضبط العدوى ولجنة التدقيق التمريضي Nursing Audit وغيرها من الأساليب المتبعة لتقييم خدمات التمريض.

وهذه اللجان تقيس وتقيم جودة الرعاية الطبية في المستشفى إلى أنه ولغايات رقابة جودة الدوائر والأقسام الأخرى في المستشفى إضافة إلى الخدمة الاستشفائية الكلية في المستشفى وبسبب صعوبة وضع معايير محددة ومتفق عليها للجودة فقد اتجهت المستشفيات بشكل عام إلى رقابة الجودة بالتركيز على ثلاثة أبعاد هي:

1. قياس وتقويم المدخلات أو الهيكل.
2. قياس وتقويم العمليات Processes.
3. قياس وتقويم المخرجات.

ويتضمن قياس المدخلات نوعية المدخلات المستعملة لتقديم الخدمة في كل دائرة من دوائر المستشفى وتشمل المدخلات كافة الموارد والعناصر الضرورية لتقديم الخدمات مثل العنصر البشري والأجهزة والمعدات، والمواد والأبنية والمنشآت حيث تركز المستشفيات على مؤهلات وخبرات العنصر البشري وأنواع المعدات والمواد المستعملة والخصائص المادية للأبنية والمنشآت المطلوبة. إضافة إلى أسلوب تنظيم وإدارة هذه المدخلات. ومما يجدر ذكره أن التركيز على المدخلات كمؤشر للجودة يقوم على افتراضيين رئيسيين الأول أن المستشفى يمكنه تقديم خدمات أفضل وذات جودة عالية عندما يتوافر له عناصر بشرية ذات مؤهلات عالية وأجهزة ومعدات ومواد ذات مواصفات جيدة وعندما يمكنه تنظيم وإدارة هذه المدخلات بشكل كفؤ وفعال. والافتراض الثاني يقوم على أن المستشفيات والمهتمين بموضوع جودة الخدمة الاستشفائية يعرفون ما هو جيد وما هو غير جيد بمفهوم العنصر البشري والمدخلات المادية الأخرى. وأن هنالك علاقة مباشرة بين جودة المدخلات وجودة الخدمات الاستشفائية. وقد أثبتت الدراسات والأبحاث صحة هذه الافتراضات حيث وجدت علاقة بين توجه والتزام المستشفى بتنظيم وإدارة برامج التعليم والتدريب الطبي والتمريضي وجودة الرعاية الطبية التي يقدمها كما وجدت علاقة بين فعالية وكفاءة إدارة المستشفى وجودة الخدمات التي يقدمها.

ويتضمن قياس العمليات نوعية وكفاءة التنظيم والطرق والأساليب التي يستعملها لتقديم الخدمات والطريقة الفعلية لتقديم هذه الخدمات ويركز هذا البعد على وجود إجراءات عمل محددة ومكتوبة لكل نشاط في المستشفى يبين طريق تنفيذ الأنشطة، وعلى مستويات التوظيف Staffing levels وبرمجة العاملين Staffing schedule. ومما يذكر ان تقويم العمليات Processes هو الأساس

الذي تقوم عليه أساليب مراجعة جودة الخدمة الطبية التي تقوم بـــه لجنـة التدقيـق الطبي واللجان الأخرى في المستشفى.

ويتضمن قياس المخرجات نوعية وجودة الخدمات المقدمة من قبل كل دائرة في المستشفى بالمقارنة مع معايير محددة أو مفهومه ضمناً مثـل دقـة مواعيـد تسـليم الأدوية إلى الأجنحة الداخلية من قبل الصيدليـة وانتظـام هـذه المواعيـد، ونظافـة غرف المرضى بعد تنظيفها وعند إخلاءها من المرضى، ونظافة الممرات والقاعـات بعد القيام بتنظيفها، ووصـول وجبـات الطعـام إلى المرضـى سـاخنة وفي المواعيـد المحددة لها، ونظافة الغسـيل ونظافـة المعـدات الـتي تم تعقيمـها ومـا إلى ذلـك مـن مؤشرات لجودة المخرجات.

الفصل التاسع

تحفيز العاملين في المنظمات الصحية

- مقدمة
- حاجات العاملين
- مغالطات في التحفيز
- نظريات التحفيز
- نظريات المحتوى
  - نظرية الحاجات
  - نظرية العاملين
  - نظرية الحاجات الثلاثة
  - نظرية تعلم الحاجات
- نظريات العملية
  - نظرية العدالة
  - نظرية التوقع
  - نظرية وضع الأهداف
  - نظرية التعزيز
- نظريات الحفز والمهنيين الصحيين
- تحفيز المهنيين الصحيين



الفصل التاسع

تحفيز العاملين في المنظمات الصحية

مقدمة:

يعتبر التحفيز من المفاهيم التي يصعب تعريفها لأنه يتعلق بعملية نفسية داخلية. واصل الكلمة أتى من الكلمة اللاتينية Movere أي التحريك. وعلى ذلك لا يمكن رؤية التحفيز في عالم الواقع ولكننا فقط نستطيع افتراض وجودة أو عدمه من ملاحظة سلوك الأفراد. ومن المعروف أن سلوكيات الأفراد هي مدفوعة بحاجات أو رغبات وبالتالي لابد لنا من تحديد ومعرفة احتياجات ورغبات الأفراد إذا ما أردنا فهم أسباب ودوافع سلوكياتهم. ومن مراجعة أدبيات الموضوع يمكن لنا أن نحدد حاجات عامة لكل العاملين في المؤسسات الصحية. وهنا لابد من التذكير بأن أهمية هذه الحاجات كمحرك للسلوك تختلف من شخص إلى آخر وخاصة إذا ما أخذنا في الاعتبار التركيبة الاجتماعية المتنوعة للقوى العاملة في المنظمات الصحية واختلاف حاجاتهم وتطلعاتهم وأنظمة القيم لديهم. إضافة إلى كون الجزء الأكبر من قوة العمل في المنظمة الصحية من المهنيين الصحيين. وسنتناول تالياً الحاجات العامة للعاملين.

حاجات العاملين:

يمكن تحديد الحاجات العامة للأفراد كما يلي:

1- الراتب: لإشباع الاحتياجات الجسدية والشعور بالأمن والحاجات النفسية وبالتالي الحاجة إلى تصميم نظام أجور جيد.

2- الأمن الوظيفي: وخاصة على ضوء التغييرات التكنولوجية في القطاع الصحي وما يشكله من تهديد للأمن الوظيفي.

3- الحاجة للصداقة والزمالة والقبول من قبل مجموعة العمل وهذا يشير إلى الحاجة إلى تبني نظام جيد للتعيين وتوفير الوسائل والسبل للاختلاط والاحتكاك مع الزملاء، فترات الراحة، برامج الترفيه، وخلق روح الفريق.

4- الاعتراف بالأداء الجيد ومكافأته مادياً ومعنوياً.

5- عمل ذا قيمة ويحظى بالقبول والاحترام وهنا تأتي أهمية الإثراء الوظيفي.

6- الفرصة للتقدم والترقي وخاصة عند أولئك المحفوزين بالتقدم.

7- ظروف عمل مريحة وآمنة وجذابة.

8- قيادة كفؤة وعادلة وذات مصداقية لطمأنة لموظف على تلبية احتياجاته وتحقيق أهدافه وتطلعاته.

9- معقولية المهام والأهداف والأوامر والتعليمات من الرؤساء بحيث تكون:

- من متطلبات العمل.
- مقبولة وقابلة للتنفيذ.
- كاملة بدون تفصيل ممل.
- واضحة ودقيقة.
- تشجع المرؤوسين على قبولها والالتزام فيها.

10- السمعة الجيدة للمؤسسة.

مغالطات شائعة في التحفيز:

هنالك مغالطات عديدة شائعة يعتقد الكثير من المدراء بصحتها عند التفكير بموضوع تحفيز العاملين ومن أهم هذه المغالطات ما يلي:

1. إن العامل المحفز أكثر إنتاجاً:

لابد من التمييز بين الحفز والأداء. فقد يكون العامل محفزاً للعمل وتكون إنتاجيته ضعيفة، فالأداء لا يعتمد فقط على الحفز بل يعتمد أيضاً على القدرة وعوامل أخرى تعود للموقف أو الحالة كتوفر الموارد للقيام بالعمل أو الأداء. وحقيقة

الأمر أن الحفز يعتبر من أهم عوامل النجاح في أداء العمل أو الإنجاز، إلا أنه لا يعتبر العامل الوحيد فقط ويتطلب من المدراء إدراك هذه الحقائق لتحسين أداء العاملين والمحافظة على استمرارية الأداء، وإن الهدف الأساسي للحفز هو زيادة الإنجاز لدى الفرد، ولابد هنا من التفاعل ما بين الحفز والقدرات المتوفرة لدى الأفراد لتحقيق الإنجاز.

2. يتوفر الحفز لدى البعض ولا يتوفر عند البعض الآخر:

ليس بالضرورة أن يعبر الحفز عن مميزات شخصية ثابتة نسبياً وإنما يعبر الحفز عن ارتباط بالحالة أو الموقف أو البيئة التي يعمل فيها الشخص، والتي تتأثر بعوامل متعددة وقد يتراجع الحفز لدى الفرد في ظروف معينة ويفقد الدافعية او الحفز نحو العمل والإنجاز، ويصبح غير محفز نحو العمل والإنجاز. وبعبارة أخرى إن الحفز والسلوك ينتجان عن عدة تفاعلات ما بين عوامل متعددة شخصية وبيئية وموقفية تختلف باختلاف الأوقات والظروف والمواقف والأشخاص.

3. يمكن حفز الناس على نطاق واسع:

إن المقولة التي تقول بأن الدافعية أو الحفز يمكن أن نحدثها على نطاق واسع قد تكون غير واقعية في معظم الأحيان. كالقائد الذي يتحدث بطريقة ما لجذب الجماعات أو مجموعة كبيرة من الناس، ومع ان هذا المدخل قد ينجح في بعض الأوقات من أجل حفز الناس، إلا أنه يتوجب على المدراء أن يعاملوا الناس كأشخاص مستقلين لهم توجهاتهم واحتياجاتهم، وتختلف الاحتياجات من شخص لآخر حيث أن لكل حالة ظروفها ومعطياتها. وعند التعامل مع الأشخاص فإنه يجب أن نأخذ بعين الاعتبار عوامل الاختلافات ما بين الأشخاص وكذلك اختلافات المواقف والظروف التي يمكن تحديدها فيما يلي:

أ. الموقع الوظيفي أو عمل الموظف.

ب. مرحلة التقدم المهني في الوظيفة (Career stage).

ج. العوامل الشخصية:

أ. الموقع الوظيفي أو العمل:

إن أهم ما يميز الخدمات الصحية ومنظماتها هو تعدد الوظائف المهنية ونوعها وتعدد الاختصاصات من الوظائف البسيطة إلى الوظائف والأعمال المعقدة. ومثال ذلك تتراوح هذه الوظائف والمهن ببساطة من الفنيين إلى مهن متخصصة ومعقدة كأطباء الاختصاص. وإن هذه المهن تختلف من حيث درجة التدريب اللازم لها، ونوعية الوظيفة، وقوة ونفوذ وسلطة المهنيين ومراكزهم الاجتماعية والمهنية، ونوعية الأشخاص الذين ينتمون إليها.

وهنا فإن الإداري الصحي يجب عليه أن يدرك أن عملية التحفيز تختلف حسب نوع الوظيفة، ونوعية المهني الذي يواجهه. وإن التعامل مع جراح قلب مثلاً وتحفيزه يختلف عن التعامل مع عامل بسيط من العمال غير المهرة. والتعامل مع طبيب مقيم يتطلب منه الالتزام بشروط وتوجهات نقابة الأطباء التي ينتمي إليها الطبيب، ويكون هنا من الصعب أن تغير تصميم العمل والمسؤوليات التي تناط بالطبيب لأنه عند حدوث أي تغيير يعتبر خروجاً عن تعليمات النقابات المهنية والسياسات الحكومية.

ب. مرحلة التقدم المهني (Career stage):

إن مرحلة التقدم المهني تعتبر مرحلة جوهرية في عملية الحفز الإنساني، ومثال ذلك عندما نجد أن خريجاً حديثاً من كلية الإدارة والاقتصاد في إدارة المستشفيات يجب أن يتدرب في أقسام مختلفة من المستشفى، وذلك من أجل اكتساب خبرات جديدة، بينما نجد أن زميلاً أخر له يجب أن يدرك أن عملية الحفز في مراحل التقدم المهني حساسة جداً، وتتطلب من الإداري الصحي أن يعتبر حاجات وقيم ومتطلبات وتطلعات المهني في كل مرحلة من مراحل تقدمه المهني، وأن متطلبات طبيب امتياز تختلف عن متطلبات وتطلعات طبيب متخصص في الطب الباطني، وأن القيم والاتجاهات تختلف من مهني لآخر وخاصة في مراحل التقدم والرقي المهني في مسيرة الموظف المهنية حيث تصبح الاحتياجات النفسية والمعنوية على قدر كبير من الأهمية.

ج. عوامل شخصية:

إن الناس خلال العمل، يتأثرون بعوامل شخصية كثيرة، وذلك خلال مسيرة الحياة، وإن العوامل الشخصية لا تقل أهمية عن مراحل التقدم المهني، ومثلاً إن ممرضة خريجة جديدة لا يؤثر عليها العمل في المناوبات المسائية والليلية كممرضة لديها عدة أطفال فالأخيرة لا تحب العمل في المناوبات الليلية والمسائية.

وكذلك لابد من اعتبار العوامل الأخرى كالمرض والمشاكل الصحية والاجتماعية والاقتصادية الأخرى، وهذا يجب أن يدركه المدير الصحي وهو أن العوامل الشخصية قد تؤثر على الحفز للعمل.

4. النقود هي عجلة الحياة:

إذا افترضنا أن كل الناس يحبون النقود وهذا قد يبدو منطقياً إلا أنهم يختلفون في القيمة التي يضعها كل منهم لها فكثيراً من الناس يحفزهم المال ولكن ليس بالمال وحدة يمكن تحفيز الناس أو كل الناس حيث يمكن تحفيزهم عن طريق عوامل أخرى مهمة وقد تتفوق على النقود قيمة من وجهة نظر البعض.

إن جملة هذه المغالطات في مجال تحفيز العاملين تحتم على المدراء الصحيين القيام بتقويم الحفز عند العاملين بشكل دوري وبمنهج علمي نظراً لتغير تحفيز العاملين بتغير الوقت والظروف والأشخاص، وطبيعة العمل، آخذين بعين الاعتبار العوامل الإنسانية والأداء والأدوار الشخصية ومرحلة التقدم المهني وكذلك طبيعة الوظائف والأعمال التي يقوم بها العاملون أو المهنيون. إن عملية تقويم الحفز تخدم غرض تحديد حاجات العاملين ودوافعهم وقيمهم وتؤدي إلى خلق جو من الارتياح والشعور بالرضا عند العاملين للتعبير عن تطلعاتهم واهتماماتهم، وكذلك تعطي المدراء الصحيين الفرصة لحل المشكلات وتحديد الأهداف. كما لابد للمدراء الصحيين من أخذ زمام المبادرة لتغيير الظروف واستحداثها من أجل تعزيز عملية الحفز، ولا ينحصر دورهم فقط في عملية تقويم الحفز عند العاملين بل لابد من فهم حقيقي للطبيعة الإنسانية والعوامل التي تحرك السلوك عند الناس وتحفزهم للعمل.

لقد ساعدت الأبحاث والدراسات التي قام بها العديد من علماء النفس على بلورة العديد من النظريات المفيدة في هذا المجال.

نظريات التحفيز:

وسوف نستعرض فيما يلي أهم نظريات الحوافز والتي تقسم إلى مجموعتين وهما:

(1) نظريات المحتوى في الحفز: حيث ركزت هذه النظريات على محركات السلوك الإنساني.

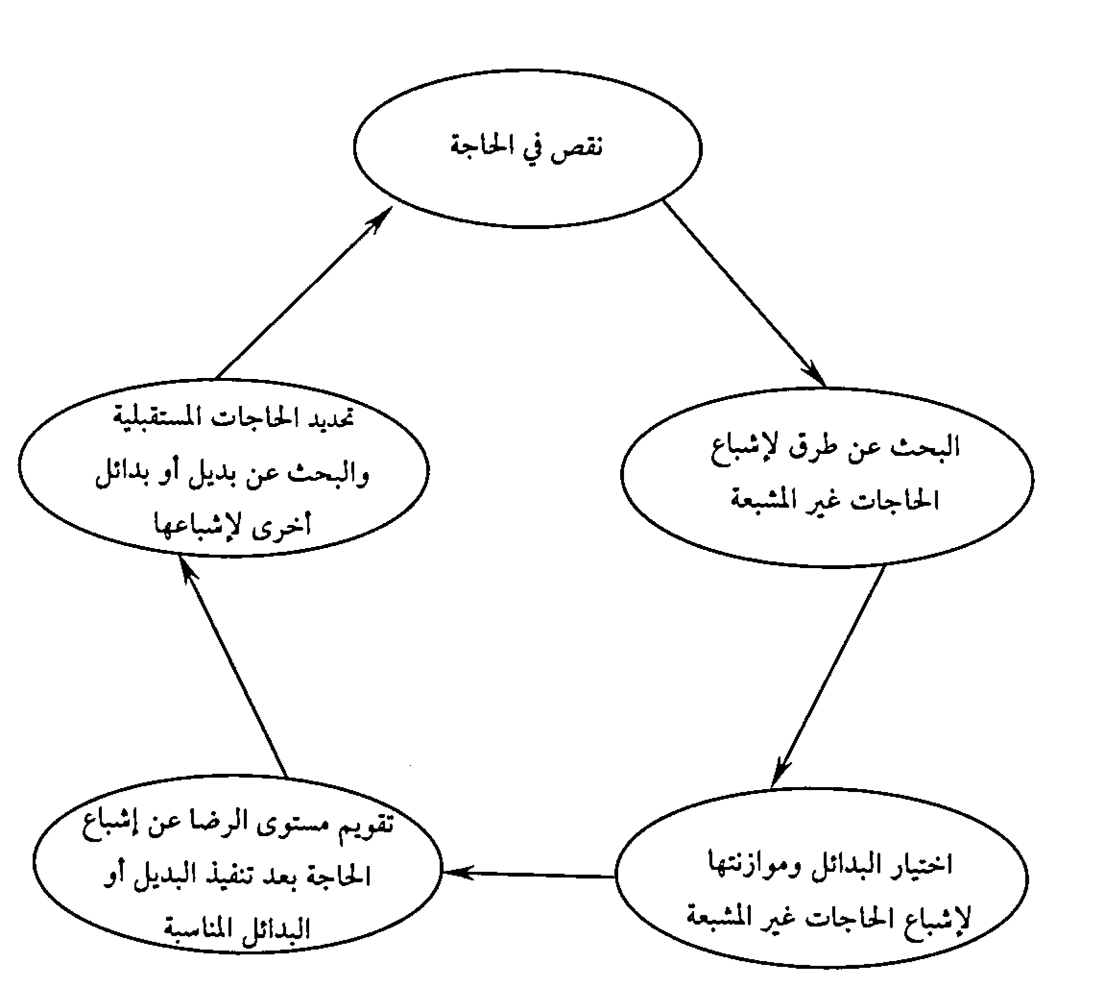
(2) نظريات العمليات في الحفز: حيث ركزت على التحفيز كعملية لبيان كيفية تحريك السلوك الإنساني.

أولاً: نظريات المحتوى Content Theories:

تركز نظريات المحتوى في الحفز على الإجابة على سؤال أساسي هو ما الذي يحفز الفرد؟ حيث تركز هذه النظريات على الحاجات الإنسانية والنقص في إشباعها كمحركات لسلوك الفرد في سعيه لإشباع ما يرغب به من حاجات حيث تشير هذه النظريات أن لدى الأفراد العديد من الحاجات والتي تختلف في أهميتها وقوتها. وأن هذه الحاجات غير المشبعة تخلق حالة من عدم التوازن والتي تدفع الفرد بدورها إلى السعي لإشباع احتياجاته والتخفيف من الشعور بحالة عدم التوازن. ويمكن زيادة حافزية الأفراد كلما كان بالإمكان إشباع هذه الحاجات من خلال الوظيفة التي يمارسها الفرد. ويبين الشكل رقم (23) كيف تحفز الحاجات السلوك الإنساني حيث تبدأ عملية الحفز بحاجة غير مشبعة غالباً ومن ثم يبدأ الفرد في البحث عن طرق لإشباعها وتقويم هذه الطرق ويختار إحداها ومن ثم يقوم نجاح الطريقة التي اختارها في إشباع حاجته فإن لم تلبي الحاجة بحث عن بديل آخر وهكذا. وفيما يلي سوف نستعرض أهم نظريات المحتوى في التحفيز الإنساني.

شكل رقم (23)

الإطار المفهومي للحفز عند العاملين



1. نظرية هرمية الحاجات لماسلو:

تعتبر نظرية هرمية الحاجات لماسلو من أكثر النظريات شيوعاً حيث تقول هذه النظرية بأن الفرد في سعيه للتقدم وتحسين نوعية حياته يحاول إشباع حاجاته بشكل متدرج وينتقل من خلال ما يسمى بهرمية الحاجات. فعندما يشبع حاجاته عند مستوى معين ينتقل لإشباع حاجة في المستوى الذي يليه وترتب هذه النظرية الحاجات من الأدنى إلى الأعلى، كما يوضح الشكل رقم (24) وهذه الحاجات هي:

أ. الحاجات الفسيولوجية: وهي حاجات أساسية لا تستقيم حياة الفرد بدونها مثل الحاجة للغذاء والماء والهواء والمأوى ويتم إشباع هذه الحاجات في المنظمات من خلال النظام الجيد للأجور وتوفير بيئة عمل مناسبة.

ب. حاجات الأمن والسلامة: وتتضمن حاجة الفرد للشعور بالأمن في البيئة التي يعمل ويعيش فيها وفي مجتمعه مثل الحاجة إلى الأمن الوظيفي واستمرارية الوظيفة والأجر والأمن والسلامة المهنية والضمان الاجتماعي والصحي.

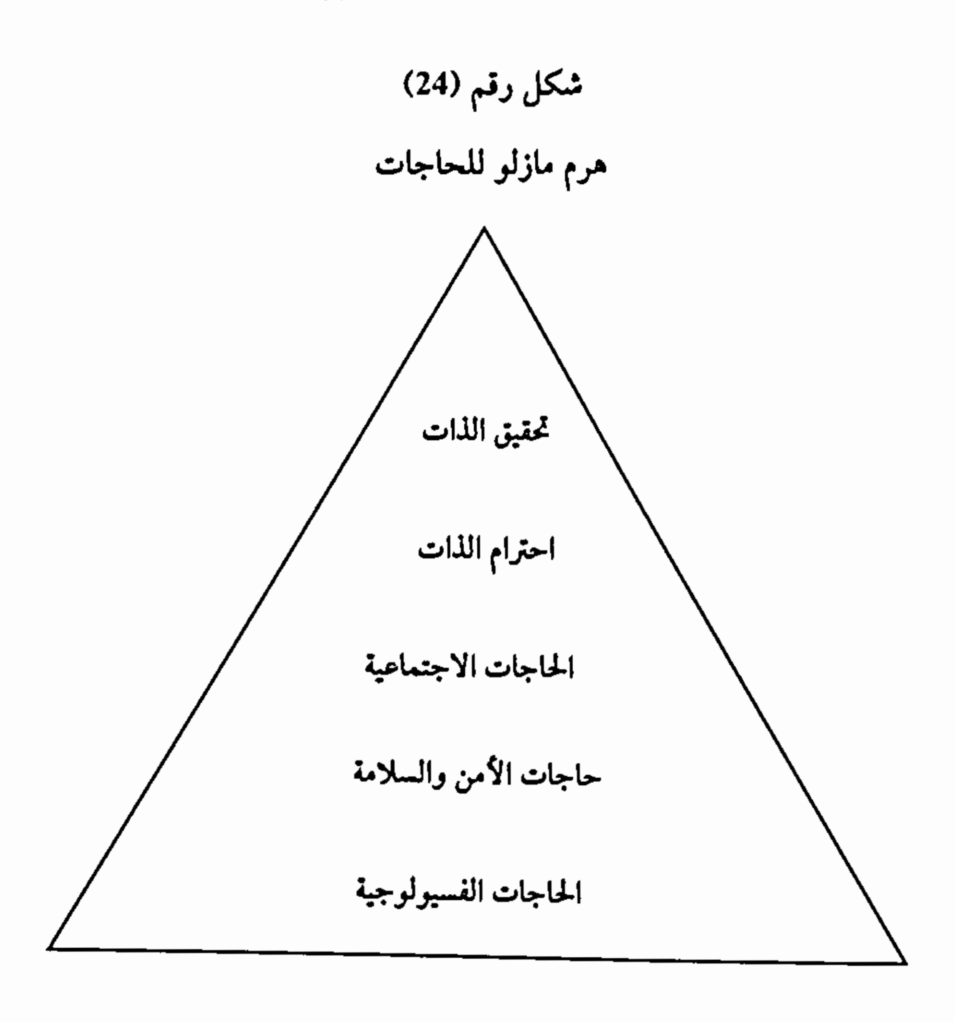
ج. حاجات الحب والانتماء الاجتماعي (الحاجات الاجتماعية): وتشمل الإحساس بالحب والمودة والعطف والقبول الاجتماعي من الزملاء وحاجة تكوين الأسرة والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين من خارج نطاق العمل ويمكن إشباعها عن طريق تشجيع التفاعل الاجتماعي وخلق روح الفريق في بيئة العمل.

د. حاجات احترام الذات: وتشمل إحساس الفرد باحترامه لذاته واحترام الآخرين له ويمكن إشباعها من خلال المركز الوظيفي للفرد والمسميات الوظيفية والتقدير للفرد والثناء عليه وتكليفه بمهام وأعمال تتناسب مع قدراته وإمكاناته وتوفير الفرص للإنجاز.

هـ. حاجات تحقيق الذات: وتحتل قمة هرم الحاجات الإنسانية وتشمل تحقيق الفرد لذاته عن طريق النمو الوظيفي المستمر وتطوير القدرات وهي من أصعب الحاجات على المدراء من حيث إمكانية تحديدها وتلبيتها نظراً للاختلافات في أهداف الأفراد وأولوياتهم ويمكن التعامل مع هذه الحاجات عن طريق توفير الفرص للفرد للمشاركة في اتخاذ القرارات واكتساب المعارف والخبرات الجديدة.

شكل رقم (24)

هرم مازلو للحاجات



والمشكلة التي نواجهها عند محاولتنا الربط بين نظرية ماسلو في التحفيز وعالم العمل في الواقع هي حقيقة أن الكثير من العاملين لا يتوقعون تحقيق احتياجاتهم من المستوى الأعلى ببساطة كنتيجة لعملهم في المنظمة (الاحتياجات النفسية) والكثير من الأفراد ينظر للعمل كشر لابد منه وبالتالي يقوم بالحد الأدنى الممكن من الجهد للحصول على الحد الأعلى من العائد الذي يمكن الحصول عليه. والبعض الآخر من الأفراد يعمل فقط كوسيلة للحصول على الطعام والمأوى والمواد اللازمة لتأمين احتياجاتهم المادية الأخرى. فنظرية ماسلو وحدها لا تستطيع تقديم كافة الأجوبة التي

يحتاجها المدراء ولكنها ذات قيمة كبيرة كنقطة بداية وعندما تؤخذ في الاعتبار مع النظريات الأخرى.

2. نظرية العاملين Two - Factor Theory:

والنظرية الثانية التي لها قيمة كبيرة هي نظرية العاملين والتي طورها هيرتز بيرج فبدلاً من تفحص الاحتياجات نظر هيرتز بيرج إلى العوامل التي يتألف منها العمل وتلك التي تحيط بالعمل (البيئة). واستنتج بأن المحفزات الحقيقية هي موجودة في العمل وأن عوامل الصحة وهي الأشياء التي تتألف منها البيئة المحيطة بالعمل ليست محفزات بل هي مثبطات يتولد عنها عدم الرضى عند عدم ملاءمتها. وحسب هذه النظرية لابد للمدراء من التركيز على الوظائف ومحتواها كأساس للتحفيز وأن ينظر إلى سلم الأجور والمزايا الأخرى وظروف العمل كعوامل بيئية لابد من تعزيزها بشكل دوري لتجنب عدم الرضى لدى العاملين في المنظمات وتعتبر العوامل المرتبطة بعمل الفرد (المحفزات) مصدر تحفيز العاملين وتقوم على توفير الفرصة للفرد في الأمور الهامة التالية:

- للتعلم والحصول على معرفة جديدة.
- للإنجاز وإثبات القدرات والمهارات.
- للقيام بعمل مهم يشكل تحدي حقيقي لقدراته وإمكاناته.
- لتحمل المسؤولية.
- للمشاركة بتحديد كيفية أداء العمل (المشاركة باتخاذ القرارات والإدارة).

أما العوامل البيئية فتتواجد في كافة نواح علاقة الموظف مع المنظمة وبيئة العمل وهي لا تحفز بالضرورة عندما تكون مقبولة أو جيدة. أما إذا كانت غير مقبولة فيمكن أن تؤدي إلى عدم الرضا عند العاملين وهذه العوامل هي:

أ. الاتصال:

وتشمل النقاط الهامة التالية:

- تقدير جهود العامل (الثناء والمديح).

- المعرفة بأنشطة واتجاهات وأهداف وخطط التنظيم.
- معرفة الفرد بمدى إنجازه.
- السرية في تعامل الإدارة مع الفرد (الدبلوماسية والحرص في تأديب الموظف وتوفير قدر من الخصوصية له).

ب. إمكانية النمو:

وتشمل:

- فرص التقدم والترقي في المنظمة.

ج. سياسات الأفراد حيث لابد بهذه السياسات من مراعاة ما يلي:

- تلبية احتياجات الفرد بشكل معقول (برمجة العمل، برمجة الإجازات والفوائد أثناء المرض.
- الشعور بالأمان في العمل (الاستمرارية في العمل والأمن).
- ولاء المؤسسة للموظف مثل (تعبئة الشواغر من الداخل).
- احترام معتقدات وقيم الموظف.
- معاملة عادلة ومتوازنة نسبة إلى الموظفين الآخرين.

د. إدارة الأجور والرواتب:

لابد من إيجاد أجور ومزايا إضافية عادلة نسبة إلى الزملاء في التنظيم وفي المجتمع وضمن المهنة نفسها. توفير العدالة الداخلية والخارجية.

هـ. ظروف العمل:

وتشمل توفير ظروف العمل العادية نسبة إلى ما هو متوقع أو مرغوب.

دور المدير في التحفيز:

إن لمدير المؤسسة أو الدائرة ضمن المؤسسة تأثير على كلا العوامل المحفزة والعوامل البيئية. إلا أن مدى التأثير يعتمد بشكل جزئي على طبيعة العمل كما يعتمد

جزئياً على المؤسسة (مجال التصرف المسموح به للمدير) فللمدير بعض القدرة على الأقل لحفز الموظفين ومنع حصول عدم الرضا وبالنسبة للعوامل المحفزة فإن طبيعة، العمل المهني تشير إلى أن المدير لديه فرصة كبيرة لتحفيز العاملين المهنيين أكثر مما لديه من فرصة كبيرة لتحفيز غير المهنيين. فالمهنيون بالمقارنة مع غير المهنيين هم على الأرجح يعملون على تلبية الاحتياجات النفسية وهذا يشير للمدير بأن المهنيين الصحيين يمكن إدارتهم بفاعلية أكبر من خلال أسلوب الإدارة بالمشاركة والذي يعطي للمهني الفرصة لاتخاذ القرار أو المشاركة فيه وفرصة للاعتماد على النفس.

أما التأثير المحتمل للمدير على العوامل البيئية المحيطة ببيئة العمل فيمكن بيانه كما يلي:

أ. الاتصال:

يمثل المدير المباشر حلقة الاتصال الرئيسية مع كل العاملين وعلى كل المستويات. وسواء كان العامل مهني أم من غير المهنيين فإن المستوى رضاه الوظيفي غالباً ما يتوقف وإلى حد كبير على الاتصال والذي يخضع بدوره لسيطرة المدير. فالاتصال يخدم الاحتياجات المهمة لدى المهنيين حيث يوفر أجوبة مهمة للمهني مثل:

- ما هو مستوي إنجازي؟
- هل الإدارة راضية عن مستوى إنجازي؟
- هل أنا موضع ثقة وأعامل باحترام؟
- هل أنا على إطلاع على ما يحدث في التنظيم؟

إن هذه الأسئلة يمكن إجابتها مباشرة أو بشكل غير مباشر من قبل المدير من خلال العلاقات الشخصية المباشرة مع الموظف.

ب. إمكانية النمو:

للمدير هنا دور محدود في مجال إمكانية النمو فالمدير ببساطة لا يستطيع خلق الفرص غير الموجودة أصلاً بسبب عدم وجود شواغ للترقية أو بسبب محدوديتها. أو بسبب محدودية السلم الوظيفي لهذه الوظيفة أو تلك.

ج. سياسات الأفراد:

إن دور المدير في صياغة السياسات قد يكون محدود أو كبير. إلا أن له دور كبير في التطبيق العادل لهذه السياسات على الجميع وتجنب ازدواجية التطبيق لمنع حدوث عدم الرضا للموظف.

د. إدارة الرواتب والأجور:

إن دور المدير في تقدير سلم الأجور محدود للغاية. إلا أن دور المدير رئيسي في التوظيف والترقية ومنح زيادات الرواتب السنوية.

كما أن دوره رئيسي في التطبيق العادل لهيكل الأجور حيث أن عدالة الراتب أو الأجر نسبة إلى الزملاء عامل أساسي في حدوث الرضا.

وكذلك عدالة الراتب نسبة إلى الذين يؤدون نفس الأعمال في المنظمات المشابهة.

هـ. ظروف العمل:

للمدير دور فعال في تهيئة الظروف المناسبة للعمل في الأمور البسيطة:

فعدم توفر الأمور البسيطة مثل الإضاءة الملائمة والمكان الكافي لسيارات الموظفين يمكن أن يؤدي إلى عدم الرضا. إن توفير ظروف العمل المعقولة تؤدي إلى القيام بالأعمال كما هو مطلوب ومرغوب. إن عمل المدير كحلقة وصل هنا مهمة لنقل الشكاوي حول ظروف العمل ورفع هذه المشاكل إلى الجهات المسؤولة وحلها.

3. نظرية الحاجات الثلاث ERG Theory:

طور الدرفير في هذه النظرية هرمية أبسط للحاجات الإنسانية من هرمية ماسلو حيث صنف الحاجات الإنسانية بثلاثة مستويات كما يلي:

أ- حاجات لضمان الوجود Existence ويقابلها الحاجات الفسيولوجية وحاجات الأمن لدى ماسلو.

ب- حاجات الانتماء Relatedness ويقابلها الحاجات الاجتماعية لدى ماسلو.

جـ- حاجات النمو Growth ويقابلها حاجات احترام وتحقيق الذات لدى ماسلو.

وتمثل هذه المستويات الثلاث طريقة مناسبة لرؤية الاحتياجات الإنسانية كهرمية مشابهة لهرمية حاجات ماسلو إلا أنها تختلف عن نظرية ماسلو بالقول بأنه يمكن تحفيز الأفراد بأكثر من مستوى من هذه الحاجات في نفس الوقت حيث تنفي مبدأ التدرج في إشباع الحاجات. كما أنها تقول بمبدأ التراجع والانحدار بمعنى أنه إذا لم تشبع الحاجات عند المستوى الأعلى يصاب الفرد بالإحباط وينحدر إلى المستوى لأدنى من هرمية الحاجات محاولاً إشباع قدراً أعلى من الحاجة عند هذا المستوى. كما أنها تقول بأن الحاجات الإنسانية ليست ثابتة وتتأثر بالفرص التي توفرها المنظمات حيث تزداد الحاجة للنمو والانتماء مثلاً مع تزايد فرص تلبيتها في المنظمات وإذا ما افترضنا بأن العاملين في المنظمات الصحية لديهم الإمكانات والقدرات التي تمكنهم من النمو والتطور المستمر وعلى ضوء القيمة العليا لهذه الحاجة لدى هؤلاء فيمكن للمدراء تحفيز هؤلاء العاملين بتوفير الفرص وبشكل مستمر للتدريب والتنمية، والتنقل، والترقية، والتخطيط المهني.

4. نظرية تعلم الحاجات Learned need Theory:

تركز هذه النظرية على أهم الحاجات الإنسانية دون الاهتمام بترتيبها هرمياً كما فعلت النظريات الثلاثة السابقة. حيث حددت ثلاثة حاجات هامة هي الحاجة للإنجاز والحاجة للسلطة والنفوذ والحاجة للانتماء كمحركات للسلوك والحفز الإنساني. وتقول هذه النظرية بأن كل فرد لديه مخزون من الطاقة والإمكانات التي يمكن إطلاقها لتحقيق الأهداف المرغوبة للفرد حسب الأهمية التي يعطيها الفرد لهذه الحاجات والحافزية والتي تختلف من فرد لآخر. فحاجة الإنجاز تشير إلى حاجة الفرد لإنجاز المهام الصعبة والتنافس مع لآخرين وإيجاد الحلول للمشاكل والمعضلات. وبدرجة أفضل مما حقق وأنجز في الماضي. فالأفراد الذين لديهم درجة عالية من الحاجة للإنجاز يميلون إلى المهام والأعمال التي تعطيهم الفرص لتحمل المسئولية الشخصية عنها كما يميلون إلى وضع وتبني أهداف تتصف بالاعتدال من حيث صعوبة تحقيقها وبحيث

تكون هذه الأهداف محددة وواضحة وينتظرون تغذية راجعة فورية عن مدى التقدم والإنجاز الذي يقومون به.

وتشير الحاجة للسلطة والقوة إلى رغبة الفرد للتأثير على الآخرين والسيطرة على سلوكياتهم والرغبة في الاستقلال وحرية التصرف والحكم الذاتي حيث يظهر الأفراد الذين لديهم درجة عالية من الحاجة للسلطة ميلاً أكبر نحو ممارسة العمل الإداري والوصول إلى أعلى المراكز الإدارية لإشباع هذه الحاجة.

وتشير الحاجة للانتماء إلى رغبة الفرد بالارتباط مع الآخرين على أساس المودة والصداقة ويظهر الأفراد ممن لديهم درجة عالية من هذه الحاجة ميلاً للعمل في البيئات التي تتصف بالانفتاح والمودة والدفء في العلاقات الإنسانية حيث يعطي هؤلاء الأفراد نوعية التفاعل الإنساني قيمة أعلى من ما يعطوه للإنجاز والسلطة وعادة ما يميلون إلى الوظائف التي تتضمن قدراً كبيراً من التفاعل الإنساني وإذا ما مارس هؤلاء الأفراد وظائف الإدارة العليا فغالباً ما يكونون مدراء غير فاعلين نتيجة لتركيزهم الكبير على العلاقات الإنسانية والصداقة وغالباً على حساب إنتاجية وفاعلية المنظمات التي يديرونها.

والنقطة الهامة التي لابد من انتباه المدراء لها عند التفكير في تحفيز العاملين هي ضرورة الموائمة بين طبيعة العمل المسند للفرد وحاجة الفرد نفسه.

كما تفيد هذه النظرية في مجال اختيار الأفراد لأشغال الوظائف في المنظمات حيث يمكن اختيار الأفراد الذين لديهم درجات عالية من هذه الحاجات حسب احتياجات المنظمة.

ثانياً: نظريات العملية Process Theories:

تركز نظريات العملية والتي تعرف أيضاً بنظريات المعرفة على كيفية تحديد الأفراد لخياراتهم للقيام بالعمل بأقصى جهد أو غير ذلك، بالاستناد إلى تفضيلاتهم الفردية والمكافآت المتوفرة في المنظمات والنتائج المحتملة للقيام بالعمل المطلوب. ومن

هذه النظريات نظرية العدالة ونظرية التوقع ونظرية تحديد الأهداف ونظرية التعزيز وسنتناول فيما يلي هذه النظريات:

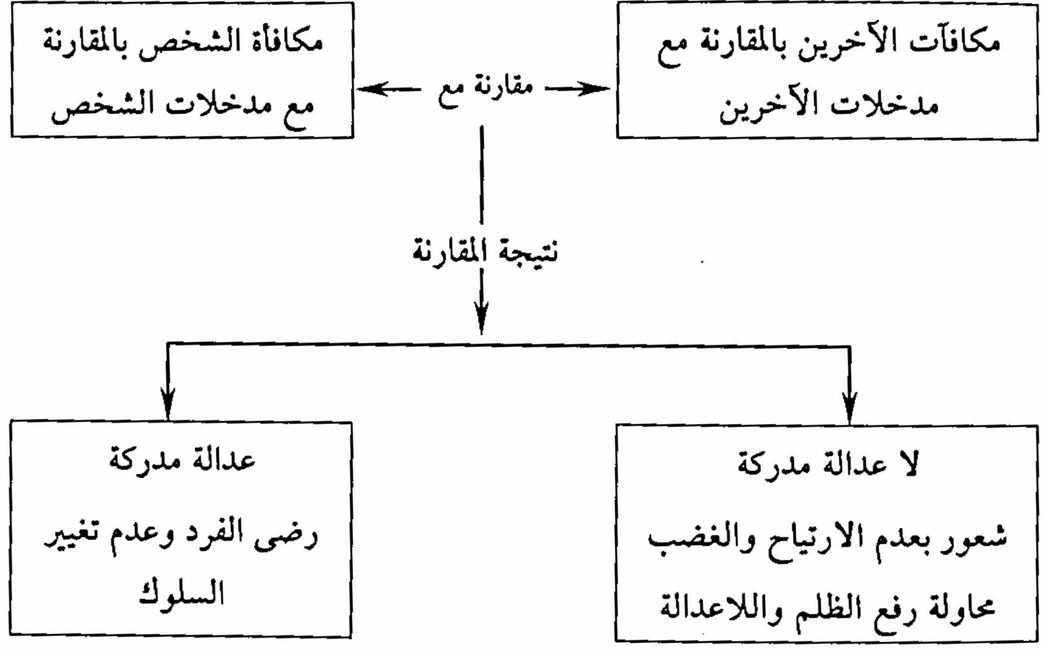
1. نظرية العدالة Equity Theory:

إن جوهر هذه النظرية والتي طورها ستاسي آدم هو ان اللاعدالة المدركة من قبل الفرد هي حالة محفزة للفرد. بمعنى أنه عند شعور الفرد بأنه قد تم التعامل معه بشكل غير عادل بالمقارنة مع الآخرين سوف يحاول هذا الفرد القضاء على شعور عدم الارتياح لديه والناتج عن الشعور باللاعدالة واستعادة الشعور بالعدالة بالنسبة لما يواجهه من حالة أو موقف.

ويبين الشكل رقم (25) مقارنات العدالة والتي عادة ما يقوم بها الفرد عندما يخصص المدراء المكافآت وخاصة المكافآت المادية وزيادات الأجور والرواتب والترقيات، حيث تعتبر مصدراً عاماً للجدل في بيئة العمل.

شكل رقم (25)

نظرية العدالة ودور المقارنة الاجتماعية



ويحدث الشعور باللاعدالة عادة عندما يشعر الفرد بأن المكافآت التي تلقاها لقاء عمله غير عادلة بالنظر إلى المكافآت التي تلقاها الآخرين والذين هم عادة نظراء أو زملاء العمل داخل المنظمة أو خارجها وتشير النظرية إلى الطرق التي يمكن أن يلجأ لها الفرد عند شعوره باللاعدالة كما يلي:

أ- تغيير مدخلات العمل بتقليل الجهد المبذول في العمل.

ب- تغيير المكافآت التي تلقاها بطلب مكافآت أكبر او تعديل المكافأة.

جـ- تغيير أوجه المقارنة مع الآخرين بهدف جعل المكافأة تبدو مقبولة.

د- تغيير الوضع أو المواقف عن طريقة النقل إلى عمل آخر أو موقع آخر أو عن طريق ترك العمل والاستقالة.

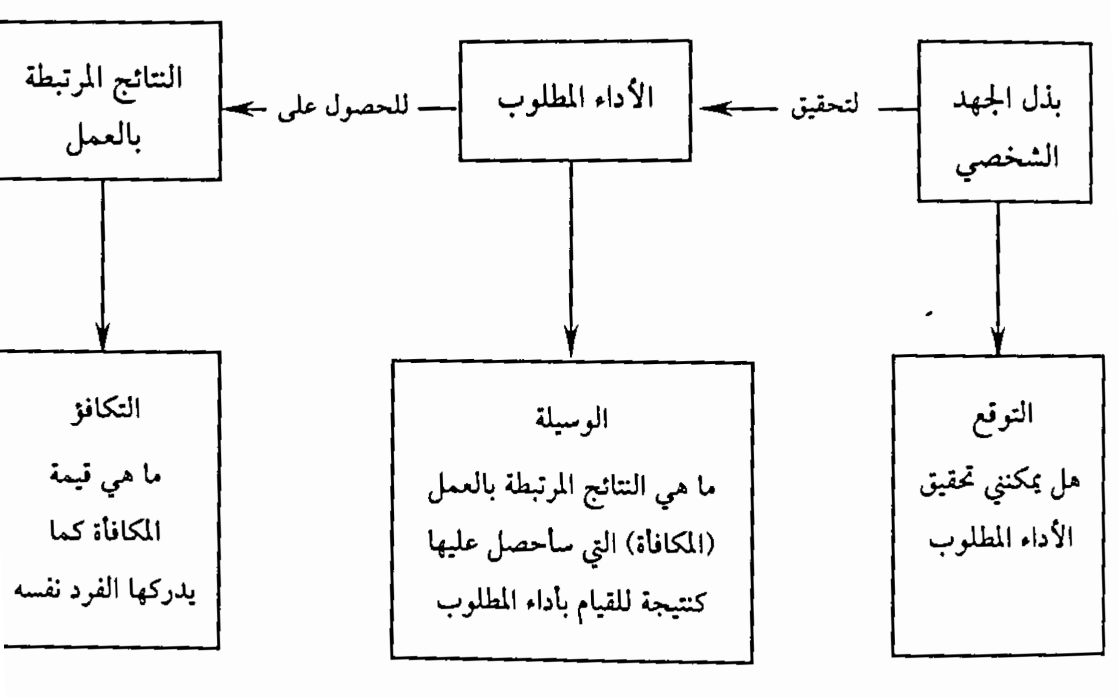
والنقطة الهامة التي تشير إليها هذه النظرية أن الأفراد يسلكون سلوكاً معيناً انطلاقاً مما يدركون وليس ما يدركه المدراء او ما يعتقدون به. وعلى ذلك فإن المكافآت كما يدركها الأفراد هي التي تؤثر على الحفز والسلوك وليس القيمة المطلقة للمكافأة او ما يعتقده المدراء. فالمكافأة التي يتم إدراكها إيجابياً من قبل الأفراد يكون لها نتائج إيجابية على الرضى والأداء. والمكافأة التي تدرك بأنها غير عادلة ينتج عنها عدم الرضا وتسبب مشاكل في الأداء. وبناء على هذا لابد للمدراء من تجنب الإدراكات السلبية للمكافآت أو تقليلها إلى الحد الأدنى الممكن عند تحديد مكافآت الأفراد وخاصة المكافآت العلنية مثل زيادات الأجور والترقيات. فلابد للمدراء من شرح وتوضيح أسس تحديد المكافآت والترقيات كطريقة تقويم الأداء التي استندت إليها المكافآت كما يمكن اقتراح أبعاد المقارنات الصحيحة للأفراد لتجنب الإدراكات السلبية للمكافآت.

2. نظرية التوقع Expectancy Theory:

تركز هذه النظرية والتي طورها فيكتور فيروم على الإجابة على سؤال هام وهو ما الذي يحدد استعداد ورغبة الفرد للعمل بأقصى طاقته والقيام بالمهام التي تطلبها المنظمة منه. وتجيب نظرية التوقع على هذا السؤال بالقول بأن الأفراد سيقومون بما يمكنهم القيام به عندما يريدون ذلك. وهذا يعني أن التحفيز للقيام بالعمل يعتمد على العلاقة بين ثلاثة عوامل احتمالية كما يوضح في الشكل رقم (26):

شكل رقم (26)

عناصر نظرية التوقع في التحفيز



وهذه العناصر الثلاثة هي:

1- التوقع Expectancy: وتشير إلى اعتقاد الفرد بأن بذل الجهد اللازم سينتج عن تحقيق المستوى المرغوب من الأداء ويشير البعض لهذا بالعلاقة المتوقعة بين الجهد والأداء.

2- الوسيلة Instrumentality: وتشير إلى اعتقاد الفرد بأن تحقيق الأداء المطلوب سيتبعه منح المكافآت. ويشير البعض لهذا العنصر بالعلاقة المتوقعة بين الأداء والنتيجة.

3- التكافؤ Valance: وتشير إلى القيمة التي يحددها أو يضعها الفرد للمكافأة المحتملة والنتائج الأخرى التي يمكن أن يحصل عليها كنتيجة لتحقيق الإنجاز المطلوب.

وتقول نظرية التوقع بأن التحفيز والتوقع والوسيلة والتكافؤ مرتبطة مع بعضها بعلاقة رياضية (عملية الضرب) حيث يمكن تحديد قوة التحفيز بالمعادلة التالية:

قوة التحفيز = التوقع × الوسيلة × التكافؤ

ولابد هنا من الإشارة إلى أن الأثر المضاعف للعدد المضروب فيه في المعادلة أعلاه ذات أهمية بالغة للمدراء في موضوع التحفيز. فمن الناحية الرياضية إذا كانت قيمة أي من العناصر الثلاثة في المعدلة صفراً ستكون قوة التحفيز صفراً. وهذا يتطلب من المدراء اتباع طرق من شأنها رفع قيمة كل عنصر من العناصر الثلاث الداخلة في حساب قوة التحفيز.

فعلى سبيل المثال فإن الافتراض بأن الأفراد سيعملون باجتهاد للحصول على الترقية بالمنظمة ليس بالضرورة صحيح. فنظرية التوقع تقول بأن قوة الحافز لدى الفرد للعمل باجتهاد للحصول على الترقية ستكون متدنية إذا تحقق أحد الفروض الثلاثة التالية أو أكثر:

(1) إذا كان التوقع منخفضاً سيكون التحفيز منخفضاً. فإذا شعر الفرد أنه لا يستطيع تحقيق مستوى الأداء المطلوب للحصول على الترقية فلن يحاول ذلك.

(2) إذا كانت الوسيلة منخفضة سيكون التحفيز منخفضاً فإذا لم تتوفر الثقة لدى الفرد بأن تحقيق مستوى الأداء المطلوب سينتج عنه الترقية فلن يحاول ذلك.

(3) إذا كانت قيمة التكافؤ منخفضة سيكون التحفيز منخفضاً فقد تكون قيمة الترقية من وجهة نظر الفرد منخفضة وعلى ذلك لماذا المحاولة.

إن نظرية التوقع تمكن المدراء من الانتباه لهذه القضايا الهامة في تحفيز العاملين وتمكنهم من الاهتمام وبذل الجهود لتعظيم قيمة العناصر الثلاثة المؤثرة في تحديد قوة التحفيز ويبين الشكل رقم (27) المضامين الإدارية في نظرية التوقع.

شكل رقم (27)

المضامين الإدارية لنظرية التوقع

لتعظيم التوقع

تشجيع الفرد وتنمية قدراته وإمكاناته وثقته بنفسه وقدراته على تحقيق الأداء المطلوب	← - اختيار العاملين ذوي القدرات والإمكانات. - تدريب وتأهيل العاملين لتمكينهم من استعمال قدراتهم. - دعم جهود العاملين مادياً ومعنوياً. - توضيح وتحديد الأهداف المرغوبة

لتعظيم الوسيلة

بناء وتعزيز ثقة الفرد بأن المكافآت ستتبع تحقيق الأداء المطلوب	← - الانفتاح والتفاعل الاجتماعي مع العاملين. - إبلاغ العاملين باحتمالية الأداء - (النتائج). - بيان وتحديد المكافآت المشروطة بتحقيق الأداء

لتعظيم التكافؤ

التأكد من أن الفرد يفهم قيمة المكافأة والنتائج المترتبة على تحقيق الأداء المطلوب	← - تحديد احتياجات العاملين على أساس فردي. - تعديل المكافآت للتوافق مع الحاجات

3. نظرية وضع الأهداف Goal - Setting theory:

إن أساس هذه النظرية التي وضعها أدوين لوك يتمثل بوضع أهداف أداء واضحة ومرغوبة للعاملين كأفراد أو مجموعات. وتقوم هذه النظرية على افتراض أساسي وهو أن أهداف الأداء يمكن أن تكون ذات قوة تحفيزية عالية إذا تم وضعها وإدارتها بشكل صحيح. فالأهداف هي التي توجه جهود العاملين في ممارستهم لمهامهم وأعمالهم وهي التي توضح توقعات الأداء لكل من الرؤساء والمرؤوسين وأعضاء جماعة العمل وبين الوحدات التنظيمية في المنظمات. كما تشكل الأهداف إطاراً مرجعياً للتغذية الراجعة ولتقويم الأداء. كما تعتبر الأساس للإدارة بالأهداف والإدارة الذاتية وخاصة للمهنيين الصحيين في المنظمات الصحية حيث تركز القيم المهنية على الإدارة الذاتية للمهنيين. وعلى ذلك يؤمن رواد هذه النظرية والمتحمسين لها بأن وضع الأهداف يمكن أن يحسن الأداء الفردي والرضا الوظيفي.

ولتحقيق جملة هذه الفوائد تشير الدراسات والأبحاث في هذا المجال إلى ضرورة أن يعمل المدراء وقادة فرق العمل معاً لوضع الأهداف وعلى أساس المشاركة. إن مشاركة العاملين لرؤسائهم في وضع أهداف الأداء المتعلقة بهم يمكن أن تؤثر على الرضى الوظيفي والأداء لهؤلاء العاملين. ويتحقق التأثير الإيجابي للمشاركة لأنها تساعد على فهم أفضل للأهداف المحددة والصعبة كما أنها تمكن من تحقيق درجة كبيرة من القبول والالتزام بالأهداف من قبل العاملين. وتقول هذه النظرية بان وضع الأهداف عملية عقلية وجدانية لابد أن يتوفر لها عدداً من الشروط ليكون لها تأثيراً إيجابياً على الأداء:

1- وضع أهداف محددة ودقيقة والابتعاد عن الأهداف العامة والفضفاضة.

2- تبني اهداف واقعية وقابلة للإنجاز ورفع مستوى هذه الأهداف بما يشكل تحدي للفرد. فالأهداف الصعبة والواقعية أكبر حافزية من الأهداف السهلة وغير الواقعية.

3- ضمان قبول الأفراد للأهداف والالتزام بها. فالأفراد عادة يبذلون أقصى جهد ممكن لتحقيق الأهداف التي يقبلونها ويؤمنون بها ويميلون لمقاومة الأهداف المفروضة عليهم.

4- وضع أولويات واضحة للأهداف الواجب التركيز عليها وتحقيقها أولاً فلابد أن تكون التوقعات واضحة بهذا الخصوص.

5- مكافأة الإنجاز الجيد والتأكد من التوافق بين المكافأة والإنجاز.

4. نظرية التعزيز Reinforcement Theory:

تقول هذه النظرية بأن السلوك الإنساني يتحدد بناءً على النتائج التي تترتب على السلوك في السياق البيئي للسلوك. فبدلاً من النظر إلى داخل الفرد لتفسير السلوك والتحفيز كما فعلت نظريات المحتوى ونظريات العملية تركز نظرية التعزيز على البيئة الخارجية وما تحمله من نتائج للفرد. وترتكز الافتراضات الأساسية لهذه النظرية التي طورها سكنر على قانون الأثر لتورندايك Law of Effect ومفاده بأن السلوك الذي ينتج عنه نتائج مرغوبة سيتم تكراره على الأرجح والسلوك الذي ينتج عنه نتائج غير مرغوبة لن يتم تكراره على الأرجح.

وتتضمن هذه النظرية ثلاثة مكونات هي:

1- المثير Stimulus ويعني أي وضع أو متغير يستثير استجابة سلوكية.

2- الاستجابة وهي القيام بسلوك ما كرد فعل لموقف أو مثير.

3- النتيجة Consequence وهي الشيء الذي يتبع الاستجابة ويغير من احتمالية تكرار الاستجابة.

ويقوم مفهوم التكيف الفعال Operant Conditioning الذي روج له سكنر إلى عملية تطبيق قانون الأثر الذي تقدم ذكره لضبط وتكييف السلوك بالتحكم بنتائج السلوك أو ما يسمى التعلم بالتعزيز وهنالك أربعة استراتيجيات للتعزيز كما يلي:

1- التعزيز الإيجابي حيث يزيد من احتمالية تكرار السلوك أو الاستجابة بجعل النتيجة المرغوبة (المكافأة) مرتبطة بحدوث السلوك السلبي.

2- التعزيز السلبي وتشير إلى إيقاف أو إلغاء المكافأة او العقاب لزيادة احتمالية تكرار السلوك المرغوب.

3- العقاب ويقلل من احتمالية الاستجابة او السلوك السلبي.

4- الإطفاء Extinction ويشير إلى عدم التدخل او التجاهل لتثبيط سلوك غير مرغوب أو تقليل حدوثه على أساس أن السلوك الذي لا يعزز يتضاءل ويتلاشى.

إن الدرس الهام الذي يمكن للمدراء تعلمه من نظرية التعزيز في محاولتهم تحفيز العاملين وتحسين الأداء هو أن الأداء يكون أفضل عند ربط المكافأة أو اشتراطها بسلوك معين وهذا ما يعرف بقانون التعزيز المشروط Law of Contingent Reinforcement وتعزيز السلوك فور حدوثه وهذا ما يعرف بقانون التعزيز الفوري Law of Immediate Reinforcement.

كما أن فعالية برامج التعزيز التي تضعها الإدارة تختلف ويجب التعامل مع كل موقف او حالة على ضوء معطياته وظروفه. كما لابد من توظيف مساهمات نظرية التعزيز في التحفيز مع المساهمات الأخرى التي قدمتها نظريات التحفيز الأخرى التي تقدم الحديث عنها في هذا الفصل.

نظريات التحفيز والمهنيون الصحييون:

إن نظريات التحفيز التي قد قدمناها في هذا الفصل انصبت على تفسير السلوك الإنساني ومعرفة دوافع السلوك بمفهوم إشباع الحاجات والتخلص من الشعور باللاعدالة وتحقيق توقعات وتطلعات إيجابية ومكافآت. وحقيقة الأمر أن أياً من هذه النظريات لم تقدم إطاراً متكاملاً للتحفيز.

فبرغم تعدد نظريات الحفز فهنالك الكثير من نقاط الضعف والثغرات فيها. فكل نظريات حفز العاملين تشير إلى أن الإدارة إذا ما استطاعت تحديد حاجات العاملين واستطاعت إثارة اهتمام الموظف بعمله وإعطائه عملاً يشكل تحدياً مناسباً لقدراته ومعارفه ومهاراته ووفرت له الفرصة للإنجاز والأداء فإن الموظف ينفذ عمله كما هو مطلوب منه. وعندما تفشل عملية تحفيز العاملين أحياناً. نجد أن رد الفعل الأولي من قبل الإدارة هو التساؤل حول سلامة تطبيق نظرية التحفيز، وعندما تجد الإدارة بان التطبيق كان سليماً قد تلجأ إلى التشكيك في صحة النظرية نفسها والإدارة نادراً ما تذهب إلى مدى أبعد من ذلك لتسأل عن ماهية الأفراد الذين يراد تحفيزهم.

إن الحافز الأساسي للعمل يمكن أن يختلف من شخص لآخر ونتيجة لذلك فإن المعروف من نظريات الحفز يمكنها حفز بعض الأفراد ولا يمكنها حفز البعض الآخر. فالحافز للعمل ببساطة لا يوجد بشكل متساوي عند جميع الأفراد لأن أهمية وقيمة العمل في حياة الأفراد تختلف من أولوية قصوى عند البعض إلى أولوية دنيا عند البعض الآخر. فالعمل عند الكثير من الأفراد ليس أكثر من وسيلة لتحقيق عدد من الغايات أو الأهداف فالعمل والإقبال عليه قد يكون لمجرد كونه وظيفة عند بعض الأفراد أو لكونه مهنة يؤمن بها ويحبها ويمارسها.

وكما أن العاملين مختلفين من حيث الجنس والعمر والتعليم والخبرة والقيم والثقافة فإن حاجاتهم مختلفة إضافة إلى أن هذه الحاجات متغيرة من حيث الأهمية والقيمة.

تحفيز المهنيون في المنظمة الصحية:

يركز المهنيون بالمقارنة مع غير المهنيين على الأمور التالية:

1- النمو داخل التنظيم وفي المهنة نفسها وكسب مقدار كبير من المال كرمز للمكانة المهنية والاجتماعية.

2- الحاجة القوية للإنجاز.

3- الولاء للمهنة ومعاييرها والتفاني في سبيلها أكثر من الولاء للمنظمة ومعاييرها.

4- حب العمل والاهتمام به لذاته وليس لما ينتج عنه.

5- حاجة أقوى للاستقرار داخل المهنة والتي يمكن إشباعها بشكل أكبر ممن خلال المهنة أكثر منه من خلال العمل أو الوظيفة في التنظيم.

6- إن المهني بالمقارنة مع غير المهني يضع تأكيد أكبر على إشباع احتياجات المستوى الأعلى وهي الحاجات النفسية. ولتحقيق ذلك يركز المهنيون على:

- التعلم والإنجاز.
- القيام بأعمال مهمة ومحفزة وتشكل تحدي حقيقي لمهاراتهم.
- الحاجة للإحساس بالإنجاز وأهمية العمل.

- توفر الفرصة لتحمل المسؤولية وتقرير كيفية أداء عمله.

وهذا لا يعني بان كافة المهنيين يهتمون بشكل متساوي بهذه الرغبات والاحتياجات فقد نجد بعض المهنيين ينظروا للعمل كوسيلة اقتصادية لتحقيق غايات أخرى. والمهني بطبيعته دائم الحركة والتنقل وقائد أكثر منه تابع. لذلك لابد للمدراء من إدراك ذلك ومحاولة الاستفادة من هذه الخصائص لتحفيز المهنيين.

ولعل أفضل الطرق لتحفيز المهنيين هو ممارسة أسلوب الإدارة بالمشاركة والانفتاح لتنمية الرقابة الذاتية والحكم الذاتي ومن الأساليب الأكثر استعمالاً في هذا المجال:

- الدوائر النوعية لحل المشاكل بأسلوب جماعي.
- تبسيط العمل الذي من شأنه خلق المشاركة في تحسين طرق العمل.
- الإدارة بالأهداف والتي تركز على وضع الأهداف بالاتفاق والمشاركة.
- الإثراء الوظيفي وتركز على توسيع او تغيير الأدوار بما في ذلك نظام الساعات المرنة والتدوير الوظيفي.

وحقيقة الأمر بأن المهني والذي عادة ما يتصف بالولاء والإخلاص لمهنته ولمعايير الممارسة المهنية، يمكن أن يركز على الرضا عن العوامل البيئية طالما أن احتياجاته النفسية يتم تلبيتها في العمل إلا انه أحياناً نجد ان افضل الظروف البيئية قد تفشل في الاحتفاظ بالمهنيين عندما تكون احتياجاته النفسية غيره مشبعة. فالمهني الذي لا يجد إشباع لاحتياجات النفسية على الأرجح سيحاول أكثر من غير من الموظفين إشباع هذه الاحتياجات من خلال ترك العمل في مؤسسته والالتحاق بالعمل في مؤسسة أخرى. وهذه النقطة تدعو إلى الاهتمام بظاهرة دوران العمل العالي بين المهنيين وتفحص أسبابها والعوامل المؤثرة فيها.

العوامل المؤثرة في دوران العمل:

بالرجوع الى أدبيات الموضوع يمكن تحديد اهم هذه العوامل كما يلي:

1- عدم توفر الرضى الوظيفي.

2- عدم توفير العمل المناسب لمعارفهم ومهاراتهم.

3- عدم الرضى عن أسلوب الإشراف.

4- عدم الرضى عن سمعة التنظيم.

5- عدم الانسجام بين مجموعة العمل (تصادم الشخصية).

6- الرواتب غير المناسبة:

- غياب عدالة الأجور.
- الأجر القليل هو مثبط.



الفصل العاشر

القيادة في المنظمة الصحية

- مقدمة
- مصادر قوة القيادة
- أساليب القيادة
- نظريات القيادة
- صفات القائد الناجح
- ملخص



الفصل العاشر

القيادة في المنظمة الصحية

طبيعة القيادة:

تشير الأدبيات ذات العلاقة بأن القيادة، شأنها شان الكثير من المفاهيم المجردة، هي مفهوم معقد متعدد الأبعاد ويصعب تعريفه. وقد أفرز هذا التعقيد المفهومي للقيادة تعريفات متعددة ومختلفة حيث عرفها نوتز ودونل بفن أو عملية التأثير على الآخرين من أجل بذل جهودهم برغبة واقتناع لتحقيق أهداف الجماعة. وعرفها هوجتز ودورثي بعملية التأثير على الآخرين لتحقيق أهداف محددة. كما عرفها جولمبوسكي "التأثير على الآخرين في الوقت والموقف المحددين للسعي برغبة لتحقيق الأهداف التنظيمية. ووصفها فيدلر وشيمرز بعلاقات السلطة والتأثير غير المتكافئة والتي يقبل معها التابع الحق الشرعي للقائد في اتخاذ القرارات. ويلاحظ على هذه التعريفات المتعددة للقيادة بأن هنالك عناصر مشتركة بينها مثل وجود جماعة، وأهداف وتأثير، وقبول، وإنجاز. وبالنظر إلى القائد وما يقوم به من أفعال وأنشطة لتحقيق الأهداف المحددة يمكننا تعريف القيادة بعملية تتضمن تحديد الأهداف المراد تحقيقها والتأثير على جهود الآخرين وتوجيهها وذلك باتباع الأسلوب القيادي الملائم لإنجاز الأهداف المحددة.

ويعرف أسلوب القيادة بالنمط السلوكي الذي يتبعه القائد لضمان التكامل بين حاجات مرؤوسيه وحاجات التنظيم، وهذا لا يعني أن هنالك نمطاً سلوكياً معيارياً وثابتاً يمكن للقائد اتباعه لضمان نجاحه. بل ان هنالك أنماطاً متعددة لسلوك القائد لابد أن يختار القائد الأسلوب الأكثر ملائمة لحاجاته وحاجات مرؤوسيه وحاجات

التنظيم. ففي عالم الواقع قد نجد قائداً ناجحاً في موقف وزمن محدد. وقد نجده غير ناجح في موقف وزمن آخر.

وإذا كان الإنجاز وتحقيق الأهداف جوهر القيادة فإن القدرة على التأثير على الآخرين هي عامل أساسي في نجاح القيادة. وهذا يتطلب أن يكون لدى القائدة القوة والسلطة اللازمة لإحداث التأثير إضافة إلى فن ممارستها واستعمالها.

مصادر قوة القيادة وتأثيرها Sources of Power:

تتضمن عملية القيادة قدرة التأثير على الآخرين للعمل على تحقيق أهداف معينة. وهذا يعني أن القيادة تتطلب دائماً وجود شخص في موقع قيادي يستطيع من خلاله التأثير على مجموعة من الأفراد في موقف معين. وحتى يتمكن الشخص من القيام بعملية التأثير على الآخرين يجب أن يتمتع بقوة أو سلطة معينة تميزه عن غيره من الأفراد. ويمكن تصنيف مصادر قوة القيادة على النحو التالي:

أولاً: السلطة الرسمية:

ومن مظاهر هذه السلطة:

i. قوة المكافأة **Reward Power**

هذه القوة مصدرها توقعات الفرد من أن قيامه بعمله بالوجه المطلوب وإطاعته لرئيسه سيعود عليه بمكافأة مادية أو معنوية من قبل الرئيس.

ii. قوة الإكراه **Courier Power**:

هذه القوة مصدرها الخوف وهي متصلة بتوقعات الفرد من أن تقصيره في تادية واجباته أو عدم إطاعته لرئيسه سيترتب عليه نوع من العقاب المادي أو المعنوي من قبل الرئيس.

iii. السلطة القانونية **Legitimate Power**:

إن مصدر القوة هنا هو المركز الرسمي الذي يحتله الفرد في التنظيم الإداري. وهذه القوة تنساب من أعلى أسفل فالمدير العام يتمتع بسلطة شرعية على المدير

الاداري، كذلك فإن المدير الاداري يمارس نفس النوع من السلطة على رئيس قسم المشتريات.

ثانياً: قوة التأثير:

وهي مرتبطة بالشخص نفسه وليس بالمنصب، ومن مظاهرها:

i. القوة الفنية (التخصص) Expert Power:

مصدر هذه القوة الخبرة او المهارة أو المعرفة التي يمتلكها الفرد ويتميز بها عن غيره من الأفراد، فالطبيب مثلاً يمارس نوعاً من القوة لفنية على مرضاه تجعلهم يقبلون قيادته نتيجة قبولهم وقناعتهم بهذه الخبرة الفنية.

ii. قوة الإعجاب Referent power:

ويحصل عليها الفرد عادة نتيجة إعجاب تابعيه ببعض صفاته الشخصية بحيث تربطهم وتشدهم إليه نتيجة توافر السحر او الجاذبية في شخصية القائد.

أساليب القيادة Styles of Leadership:

هناك أربعة أساليب للقيادة يستعملها القادة الإداريون لقيادة مرءوسيهم وحفزهم وهي:

1. القيادة الدكتاتورية Authoritarian leadersip:

يتميز القائد الديكتاتوري بمركزية السلطة المطلقة ويقوم بإنجاز أعماله من خلال التهديد والإجبار واستعمال مبدأ الخوف. وهو دائماً يهدد بالثواب والعقاب لمرؤوسيه وخوفاً من العقاب يسلك المرؤوسون سلوكاً معيناً لإرضاء ذلك القائد.

2. القيادة الأتوقراطية Autocratic Leadership:

يشبه القائد الأوتوقراطي القائد الديكتاتوري من حيث مركزية السلطة وعدم فسح المجال أمام المرؤوسين في المشاركة بعملية القيادة. إلا أن القائد الأوتوقراطي يمكن وصفه بأنه نشيط وفعال ويعمل بجد ونشاط وبالرغم من مركزية السلطة لديه إلا أنه ليس متسلطاً على مرؤوسيه كالقائد الديكتاتوري وإنما هو فعال في إقناع مرؤوسيه بما

يريد منهم ان يعملوه. كذلك يقوم بكل أعمال التفكير والتخطيط والتنظيم وما على مرؤوسيه سوى التنفيذ.

3. القيادة الديمقراطية Democratic Leadership:

هذا النوع من القيادة هو عكس القيادة الديكتاتورية والأتوقراطية حيث يهدف إلى خلق نوع من المسؤولية لدى المرؤوسين ومحاولة مشاركتهم في اتخاذ القرارات. فالقائد الديمقراطي يشارك السلطة مع الجماعة ويأخذ رأيهم في معظم قراراته. وهذه المشاركة بين القائد ومرؤوسيه ينتج عنها رفع الروح المعنوية للأفراد وزيادة ولائهم والتزامهم، كما يشعر الفرد بأهمية وقيمته في المنشأة.

يعتبر هذا الأسلوب أكثر الأساليب القيادية فعالية. والقادة في المستقبل يجب أن يستعملوا الأسلوب الديمقراطي بشكل أوسع وذلك لسرعة التغيير في المنظمات والتدفق المستمر للمعلومات والأفكار الجديدة. وحتى يستطيع القائد مواكبة هذه التطورات عليه أن يستعين بمرؤوسيه لتسهيل عملية الإلمام بهذه المعرفة وذلك لزيادة الابتكار والإبداع فيها. وقد بين جرى وستارك (Gary & Starke) في دراستهم على بعض المؤسسات الأمريكية تطور ممارسة أساليب القيادة وأظهروا أنه مع مرور الزمن يتجه الميل إلى استخدام الأسلوب الديمقراطي بشكل أكبر.

4. قيادة عدم التدخل Laissez Faire:

يترك هذا النوع من القيادة حركة كاملة للمرؤوسين في تحديد أهدافهم واتخاذ القرارات المتعلقة بذلك. والقائد هنا لا يمارس القيادة السليمة والفعالة للمرؤوسين لأنه ينقصه الحماس والحوافز لعمل ذلك، وبذلك فإن تأثيره على سلوك الأفراد محدود.

وهذا النوع من القيادة ينجح عندما يتعامل القائد مع أفراد ذوي مستويات عقلية وعلمية عالية كما في مؤسسات الأبحاث والدراسات ومنظمات الرعاية الصحية التي تتصف باستقلالية القرار الطبي والممارسة الطبية.

نظريات القيادة The leadership Theories

هناك العديد من نظريات القيادة أهمها ما يلي:

1. نظرية السمات Trait Theory:

ترتبط نظرية السمات ارتباطاً وثيقاً بما يدعى "نظرية الرجل العظيم" The Great Man Theory - والتي تقوم على أساس أن بعض الأفراد يصبحون قادة لأنهم ولدوا وهم يحملون صفات القيادة أي أن القائد بمفهوم هذه النظرية "يولد ولا يُصنع".

لقد جرت دراسات عديدة لإثبات صحة هذه النظرية لكنها لم تستطع تحديد صفات القيادة التي يمكن أن تستخدم باستمرار في التمييز بين القادة وغير القادة والتي يمكن أن تتنبأ باستمرار بصدق فعالية القيادة عند الأشخاص. وبالرغم من ذلك فقد وجد بان القائد يتميز عادة بدرجة أقوى من الأفراد العاديين في بعض الصفات الشخصية كالذكاء والبحث والاستقلالية والثقة بالنفس وتحمل المسؤولية والمعرفة والرؤيا الصحيحة والمثابرة والمصداقية والمشاركة الاجتماعية. والقائد في هذه الحالة يتفوق بدرجة عالية في هذه الصفات على مرؤوسيه، أي أنه بالرغم من أن القائد يجب أن يتمتع بصفات تفوق صفات مرؤوسيه إلا أن الفرق يجب أن لا يتعدى حداً معيناً يؤدي إلى إعاقة عملية الاتصال بين القائد واتباعه.

لقد وجهت انتقادات كثيرة إلى نظرية السمات ومن هذه الانتقادات أنها أهملت دور المرؤوسين في إنجاح عملية القيادة حيث أثبتت الدراسات أن للمرؤوسين دور كبير في نجاح عمل القائد وكذلك لم يحدد دعاة هذه النظرية الأهمية النسبية للسمات المختلفة في التأثير على فعالية القائد حيث أثبتت الدراسات النفسية بأنه من النادر جداً إيجاد تشابه تام بين أي قائدين. وكذلك وجد أنه من الصعوبة تعميم نتائج هذه النظرية بشكل علمي ثابت.

2. نظريات سلوك القائد Leader - Behavior Theories:

إن عدم قدرة نظرية السمات على تحديد السمات التي يمكن أن تميز بين القائد الفعال والقائد غير الفعال أدى إلى انتقال التركيز في الأبحاث والدراسات إلى سلوك

القائد. وقد امتدت هذه الدراسات من نهاية الأربعينيات إلى أوائل الستينات، وقد ركزت هذه الدراسات على تحليل سلوك القائد خلال قيامه بواجباته الإدارية، وتقسم هذه الدراسات إلى نوعين أساسيين. الأول ركز على مستوى الإدارة العليا وبشكل خاص العلاقة بين الإدارة العليا والمنظمة ككل وبينهم وبين البيئة الخارجية. إن دراسات سلوك القائد على هذين المستويين هو في غاية الأهمية للمنظمة الصحية. ومن أهم النظريات التي تبلورت عن دراسات سلوك القائد ما يلي:

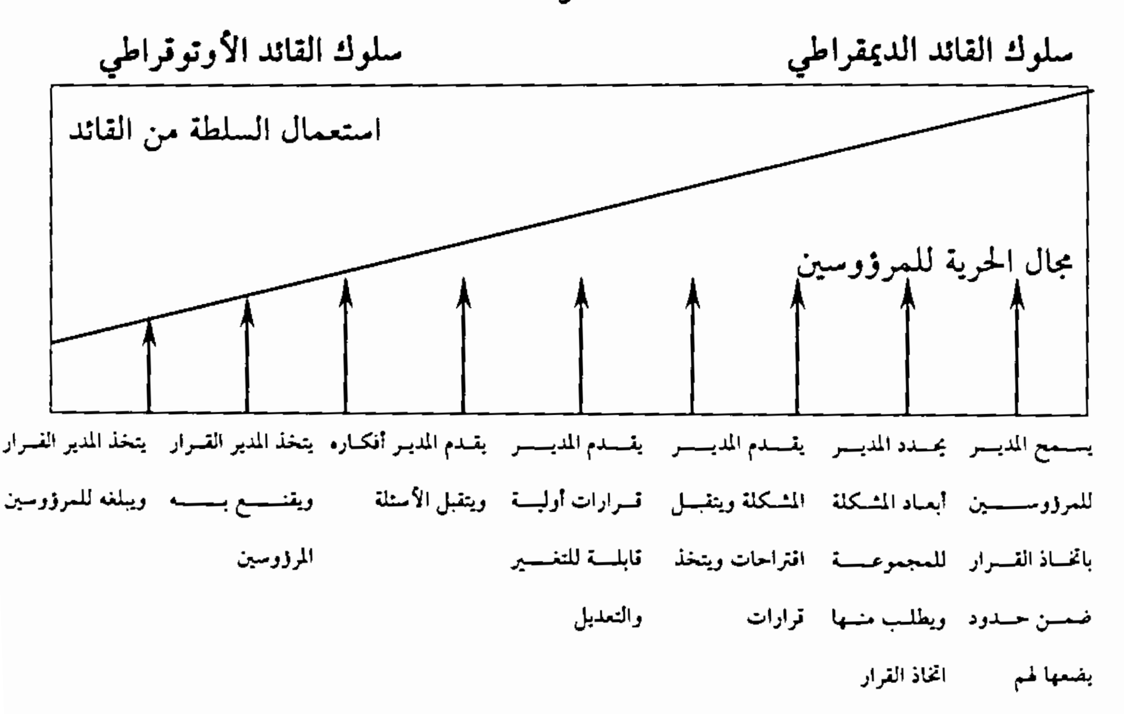
i. نظرية الخط المستمر في القيادة A Continuum of Leadership:

لقد حدد تاننبوم وشميدت Tannenbaum & schmidt في هذه النظرية العلاقة بين القائد ومرؤوسيه على أساس خط متواصل كما يظهر في الشكل رقم (28). وتبين نهاية الطرف الأيسر من هذا الخط سلوك القائد المركزي الأوتوقراطي، بينما تبين نهاية الطرف الآخر سلوك القائد الديمقراطي. وهناك أساليب مختلفة للقيادة تقع بين نهايتي الخط المذكور، والذي يحدد هذه الأساليب هي مدى الحرية التي يرغب القائد في تركها لمرؤوسيه في اتخاذ القرارات.

وتشير هذه النظرية بأنه ليس هناك سلوكاً قيادياً واحداً يمكن استخدامه بنجاح في كل الأوقات وإنما السلوك القيادي الفعّال هو الذي يتلاءم ويتكيف مع الموقف. بمعنى أن سلوك القائد الفعّال هو الذي يأخذ بالاعتبار قدرات القائد نفسه وقدرات مرؤوسيه والهدف المراد تحقيقه. وهذا يعني بان القائد يجب أن لا يختار أسلوباً ديكتاتورياً او ديمقراطياً وإنما يجب أن يكون مرناً بدرجة كافية لكي يتلاءم مع الموقف القيادي.

الشكل رقم (28)

أنماط سلوك القائد



ii. نظرية ليكرت في القيادة likert Theory:

لقد استطاع ليكرت وزملاءه نتيجة للأبحاث التي قاموا بها في موضوع القيادة من تحديد مميزات القيادة عن طريق مقارنة سلوك المشرفين في المجموعات العمالية ذات الإنتاجية العالية والمجموعات ذات الإنتاجية المنخفضة. وقد وجد ليكرت بان المشرفين ذوي الإنتاجية العالية تميزوا بمشاركة محدودة في التنفيذ الفعلي للعمل كما أنهم كانوا مهتمين أكثر بالأفراد وكانوا يتعاملون معهم بطريقة غير رسمية. كما أنهم كانوا يسمحون بحرية أكبر لمرؤوسيهم في اتخاذ القرارات واختيار طرق العمل المناسبة وكذلك كان إشرافهم على مرؤوسيهم أقل بكثير من إشراف المشرفين في المجموعات

ذات الإنتاجية المنخفضة. واستنتج ليكرت بشكل عام أن القيادة الديمقراطية تعطي نتائج أفضل من القيادة الأوتوقراطية.

كما استطاع ليكرت التمييز بين أربعة أنظمة للقيادة وهي:

1. النظام التسلطي الاستغلالي Exploitative Authoritative.

ويتصف القادة هنا بأنهم مركزيون بدرجة عالية وثقتهم بمرؤوسيهم قليلة ويحفزونهم عن طريق الخوف والإكراه.

2. النظام المركزي النفعي Benevolent Authoritative.

وهو يشبه النظام السابق إلى أنه أقل مركزية ويسمح في بعض الأحيان للقائد بمشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات ولكن تحت رقابته.

3. النظام الاستشاري Consultative:

ويتميز القادة بتوافر ثقة ملموسة بينهم وبين مرؤوسيهم ويستفيدون من أفكار مرؤوسيهم وآرائهم، ولكن أفضل نظام في نظر ليكرت هو:

4. النظام الجماعي المشارك Participate - Group:

ويتوافر للقائد هنا ثقة مطلقة بمرؤوسيه، ويستفيد من أفكارهم باستمرار وهناك تبادل مستمر في المعلومات بين القائد ومرؤوسيه. وقد وجد بأن المديرين الذين يستخدمون النظام الثالث والرابع تكون إنتاجية مجموعاتهم مرتفعة.

ج. نظرية البعدين **The Two Dimensional Theory**:

يطلق على هذه النظرية أيضاً اسم دراسات جامعة ولاية أوهايو في القيادة (Ohio state leadership studies) حيث قام مجموعة من الباحثين في تلك الجامعة ولفترة زمنية طويلة بإجراء أبحاث مكثفة في موضوع القيادة وتمكنوا من خلال ذلك من تحديد بعدين لسلوك القيادة هما:

1- المبادرة لتحديد العمل وتنظيمه (Initiating Structure).

2- تفهم واعتبار مشاعر الآخرين (Considerations).

وجدت الأبحاث بأن القائد الذي يملك درجة عالية من بعد "المبادرة وتحديد العمل وتنظيمه"، يميل لن يتدخل في تخطيط الأنشطة المختلفة لمرؤوسيه، كما يحدد أدواره في إنجاز الأهداف ويؤسس قنوات اتصال واضحة بين وبين مرؤوسيه، كما يقوم بتوزيع العمل والرقابة عليهم. بينما القائد الذي عنده درجة عالية من بعد "تفهم واعتبار مشاعر الآخرين" يميل لأن ينمي جواً من الصداقة والثقة بينه وبين مرؤوسيه كما أنه يحترم أفكارهم ومشاعرهم.

ولقد أثبتت هذه الدراسة بأن سلوك القائد يمكن أن يجمع بين البعيدين بدرجات متفاوتة في آن واحد، ولذلك لا تدعم نتائج هذه الدراسات الفرضية القائلة بأن القائد يظهر سلوكاً لبعد واحد فقط في كل مرة يمارس عملية القيادة. كما تبين بأن القائد الذي عنده درجة عالية على كل من البعدين يحقق الرضا والإنجاز الجماعي لمرؤوسيه.

د. نظرية الشبكة الإدارية **The Managerial Grid theory**:

تعتبر نظرية الشبكة الإدارية من أكثر نظريات القيادة المعروفة وقد طور بليك وماتون Robert Black & James Mouton هذه النظرية واستطاعا تحديد أسلوبين لسلوك القائد وهما:

1- الاهتمام بالأفراد Concern for People.

2- الاهتمام بالإنتاج Concern for Production.

وقد قام الباحثان بتوضيح هذين الأسلوبين على صورة شبكة ذات محورين يظهر عليها أساليب القيادة المختلفة كما في الشكل رقم (29). ومن هذه الشبكة يمكن تمييز خمسة أساليب رئيسية للقيادة بحسب موقعها على الشبكة بواسطة قراءة إحداثيات ذلك الموقع كما يلي:

الموقع (1،1) : يتميز أسلوب القيادة فيه باهتمام ضعيف بالإنتاج واهتمام ضعيف في الأشخاص. والقادة هنا لا يساهمون في تحقيق أهداف المنظمة أو الجماعة لأن القائد يبذل الحد الأدنى من الجهد الذي يكفي فقط لبقائه عضواً في المنشأة.

الموقع (9، 1) : يتميز أسلوب القيادة فيه باهتمام عال بالإنتاج واهتمام ضعيف في الأشخاص ويركز القائد هنا على الإنتاج العالي لتحقيق أهداف المنظمة ويتغاضى عن إشباع حاجات الأفراد، وهذا يؤدي إلى انخفاض الروح المعنوية والإنتاجية أيضاً.

الشكل رق (29)

نظرية الشبكة الإدارية

الموقع (1، 9) : يتميز أسلوب القيادة فيه باهتمام ضعيف بالإنتاج واهتمام عال بالأفراد، وهذا يؤدي إلى علاقات جيدة وشعور بالرضى بين أفراد الجماعة لكن التركيز على الإنتاج ضعيف.

الموقع (5، 5) : يتميز أسلوب القيادة باهتمام معتدل بالأفراد والإنتاج والقائد هنا يوازن اهتمامه بالإنتاج والأفراد حيث يؤدي إلى الإنتاج مع المحافظة على علاقات جيدة بين الأفراد في المنظمة ويتصف هذا الأسلوب بالمرونة.

الموقع (9، 9) : يتميز أسلوب القيادة فيه باهتمام عال بالأفراد والإنتاج ويركز القائد هنا على روح الفريق في العمل ويحاول الحصول على إنتاج جيد عن طريق بناء علاقات جيدة مع الأفراد في المنظمة.

وبالرغم من أن الشبكة الإدارية تظهر أنواعاً مختلفة من أساليب القيادة وتعتمد على درجات متفاوتة من الاهتمام بالأفراد والإنتاج، إلا أن الباحثين بلاك وماوتون أشارا إلى أن أفضل أسلوب لتحقيق نتائج ممتازة في المنشأة هو أسلوب (9.9).

نلاحظ من النظريات السابقة أنها ركزت على متغيرين أساسين في عملية القيادة هما الاهتمام بالأفراد والاهتمام بالعمل، وبالرغم من أن ليكرت يصنف البعيدين بطريقة مختلفة إلا أنه أشار بأن انجح قائد هو الذي يركز على الأفراد بينما نجد في نظرية الشبكة الإدارية أن أسلوب (9.9) هو أفضل الأساليب.

3. النظرية الظرفية (الموقفية) Situational theory:

اهتمت النظريات السابقة بالقائد من ناحية السمات التي يتمتع بها أو من ناحية الأسلوب والسلوك الذي يتبعه في عملية القيادة. واعتبر بعض الكتاب أن هذه النظريات غير كافية في تحليل فعالية القيادة ولذلك قام الباحثون بدراسات مختلفة من منطلق أن القائد الناجح هو القائد الذي يستطيع تعديل أسلوبه وتكييفه بما يتلاءم مع الجماعة في خلال وقت محدد لمعالجة موقف معين. وبذلك نجد فعالية القيادة تتأثر بشخصية القائد وأسلوبه وبشخصيه الجماعة والموقف أو الحالة. والموقف له أهمية كبيرة في التأثير على عملية القيادة لأنه يؤثر على مدى قدرات القائد في إنجاز ما

هو مطلوب منه. وللتعرف على الشخص المناسب للقيادة وفقاً لهذه النظرية يتم وضع ذلك الشخص في موقف معين وتترك له حرية التصرف ويتم بعد ذلك دراسة تصرفه وصلاحيته للقيادة.

إن أهم النظريات الظرفية هي التي وضعها فيدلر. وسيتم استعراضها هنا بشيء من التفصيل:

أ. النظرية الظرفية لفيدلر Fielder contingency theory:

لقد حاول فيدلر من خلال أبحاثه ودراساته التركيز على أسلوب جديد يتصف بالمرونة والتكيف مع الظروف المتغيرة ولهذا خرج بنظريته الظرفية والتي تشير إلى أنه ليس هناك أسلوب واحد في القيادة يصلح لكل زمان ومكان كما أنه ليس هناك صفات معينة يجب توافرها في كل قائد، وليس هناك قائد يمكن وصفه بأنه ناجح أو فاشل في كل الأوقات. وأشار فيدلر بأن فعالية القيادة أو إنجاز المجموعة يعتمد على التوافق الصحيح والسليم بين شخصية القائد وثلاثة متغيرات في الموقف هي:

1- العلاقة بين القائد ومرؤوسيه وهذه تعبر عن مدى وجود علاقة جيدة بين الطرفين وتعبر عن مدى قبول المرؤوسين لقائدهم. وهذا بنظر فيدلر يعتبر من أقوى متغيرات الموقف.

2- مدى وضوح مهام العمل ومدى وضوح الواجبات الملقاة على عاتق المرؤوسين وهذا يشير إلى درجة الروتين في العمل وهذا يلي العامل الأول من حيث قوة التأثير على الموقف القيادي.

3- درجة القوة في مركز القائد: وهذا المتغير يشير إلى درجة التأثير التي يتضمنها مركز القائد من ناحية العقاب والثواب للمرؤوسين، والسلطة الرسمية للقائد ومدى الدعم الذي يلاقيه القائد من رؤساءه بشكل عام.

وجوهر نظرية فيدلر يشير إلى أن القائد المهتم بمهام العمل والذي ينزع إلى المركزية والتسلط يكون فعالاً في تحقيق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات المتطرفة لخصائص الموقف. أي السهلة جداً أو الصعبة جداً. بينما القائد الذي يهتم بالعلاقات

والنواحي الإنسانية فإن يحقق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات التي يتميز بها الموقف بالاعتدال أي أن يكون متوسط الصعوبة.

وأشار فيدلر بشكل أساسي في نظريته إلى ضرورة الانتباه إلى أنه ليس هناك أسلوب قيادي واحد ناجح في كل المواقف وإذا أردنا ضمان نجاح فعالية القيادة في كل المواقف فعلى القائد أن يكون مرناً في استخدمه لأساليب القيادة المختلفة.

ب. نظرية المسار - الهدف Path-Goal Theory:

طورت هذه النظرية من قبل روبرت هاوس Robert House كإحدى النظريات الظرفية في القيادة. وتؤكد هذه النظرية بأن القائد الفعال هو الذي يقوم بمساعدة مرؤوسيه في تحديد أهدافهم ورسم المسارات المؤدية إلى تحقيق هذه الأهداف من خلال إزالة العقبات التي تعترض طريقهم، وتدريبهم ومكافآتهم على إنجازهم.

فالأسلوب القيادي الناجح في تحقيق الأهداف هو الذي يقوم بتوضيح المسار للمرؤوس والذي من خلاله يستطيع تحقيق الهدف المطلوب منه وتحدد هذه النظرية أربعة أنواع من السلوك القيادي هي:

1- السلوك التوجيهي أو الآمر (Directive) حيث يقوم بإبلاغ المرؤوس عما يجب عليه عمله وكيف يقوم به ومتى.

2- السلوك المؤازر (Supportive) حيث يظهر القائد صداقته لمرؤوسيه واهتمامه بهم وعطفه عليهم.

3- السلوك المشارك (Participate) وهنا يشارك القائد مرؤوسيه باتخاذ القرارات وتقبل اقتراحاتهم لهذه القرارات.

4- السلوك الإنجازي (Achievement Oriented) حيث يقوم القائد بتحديد أهداف مثيرة تشكل تحدي لقدرات المرؤوس ويظهر مدى ثقته بالمرؤوسين في تحقيق هذه الأهداف.

هذا ويستطيع القائد استخدام جميع أنماط السلوك السابقة لكن في مواقف وظروف مختلفة. فمثلاً يستطيع استخدام السلوك التوجيهي في حالة الموقف الجديد

فيما يستخدم السلوك المؤازر للموظف القديم والذي يهتم بالبحث عن أفضل سلوك لتحقيق أهدافه.

يمكن الاستنتاج من دراسة جميع النظريات السابقة في القيادة بأنه ليس هناك طريقة مثلى محددة وواضحة لقيادة الأفراد. وفي الحياة العملية نادراً ما نجد قادة ديمقراطيين أو أوتوقراطيين مئة بالمئة. وعملية القيادة عملية معقدة نظراً لتشابك العوامل والمتغيرات التي تؤثر فيها حيث نجد أن الخبرة السابقة للقائد والمناخ السائد أو الظروف السائدة وشخصية القائد هي من العوامل الرئيسية التي تؤثر على سلوك القيادة. ومما لاشك فيه أن على القائد أن يأخذ بالاعتبار عدداً من العوامل والمتغيرات التنظيمية والبيئة كما يظهر في الشكل رقم (29) الذي يوضح الإطار العام لعملية القيادة. وفي هذ الإطار نجد أن القائد الفعال هو الذي يستطيع التأثير على مرؤوسيه بشكل يزيد من إنتاجهم ويرفع من الروح المعنوية للجماعة ويقلل من معدل دوران العمل والغياب والحوادث في المنظمة.

المدير كقائد للمنظمة الصحية:

أشرنا في هذا الفصل إلى أن دراسات سلوك القائد ركزت في المستوى الثاني على سلوك المدراء كقادة للمنظمات ودورهم الحاسم والمركزي في قيادة منظماتهم إلى النجاح وضمان استمرارية المنظمات ونموها. وجدير بالذكر أن هنالك جملة من القضايا الهامة التي تحتاج إلى قيادة فاعلة على مستوى المنظمة الصحية ككل وكما يلي:

1- تحديد أولويات المنظمة وخلق إجماع المشاركين على هذه الأولويات.

2- حشد الدعم المطلوب لأهداف وغايات المنظمة من الداخل ومن البيئة الخارجية.

3- تحديد الأدوار والمسؤوليات فيما يتعلق بتوجه المنظمة والأداء التنظيمي.

4- اختيار مزيج الخدمات الصحية المناسبة التي ستقدمها المنظمة وتحديد سوقها المستهدف.

5- القيام بمهام التخطيط الاستراتيجي للمنظمة واختيار الاستراتيجيات المناسبة.

وللتعامل مع هذه القضايا لابد للإدارة العليا من اتخاذ قرارات صحيحة فيما يتعلق بهذه القضايا المعقدة والهامة والتي تجعل منهم قادة فاعلين لمنظماتهم وقد خص شورتل وكالوزني هذه القضايا الرئيسة بثلاثة مجموعات كما يلي:

1- قضايا أخلاقية وفلسفية وتتعلق بنظام القيم والمبادئ التي تهدي وتحدد فلسفة ورسالة المنظمة الصحية وتحدث التوافق والانسجام بين الأهداف والغايات والمصالح المشروعة للأطراف المختلفة والمتنازعة داخل وخارج المنظمة.

2- قضايا رمزية مثالية وتتعلق بدور الإدارة العليا كقيادة تمثل الرمز والقدوة والثقة والمسؤولية وبما يضفي الشرعية والمصداقية والأهلية على مساعي وجهود المنظمة لكسب الدعم والتأييد المطلوب من الداخل والخارج وبما يحقق كذلك الاستقرار للمنظمة والضبط والرقابة الذاتية.

3- قضايا تتعلق بالقدرة على رؤية واستطلاع المستقبل وأخذ المبادرة للتعامل مع المشاكل قبل وقوعها. وهذا يتعلق بالحاجة إلى التخطيط الاستراتيجي لضمان استمرار ونمو المنظمة في بيئة متغيرة وغيرة مستقرة.

إن سلوك المدراء الصحيين في التعامل مع هذه القضايا بما يتفق مع أدوارهم كقادة لمنظماتهم يتوقف عليه مستقبل ونجاح هذه المنظمات وتميزها. إن القيام بالأدوار الإدارية لهم والتي أشرنا لها في الفصل الثاني عند الحديث عن العملية الإدارية وخاصة دور الرمز ودور ضابط الارتباط هو على قدر كبير من الأهمية في هذا المجال.

خصائص القيادة الناجحة:

مهما كانت النظريات المعتمدة في القيادة إلا أنه يمكن تحديد بعض الصفات التي يجب أن يتحلى بها القائد كما يبين ذلك في الشكل رقم (30)، وهذه الصفات هي:

أ. الوعي Awareness:

ويقصد بذلك وعي القائد لمدى تأثيره على مرؤوسيه والأسلوب الأفضل لممارسة مثل هذه التأثير كما يتضمن وعي القائد للعوامل والمتغيرات التي تزيد من

فعاليته وهذا يتضمن الإلمام بالنظريات والأبحاث المتعلقة بالقيادة ونظريات الحفز والاتصال وهنا لا يكفي معرفة هذه النظريات فقط وإنما محاولة تطبيقها.

ب. الإحساس والتعاطف Empathy:

أي القدرة على فهم ومعرفة حاجات ورغبات وشعور الآخرين. وهذا المفهوم هو أبعد من مفهوم الشفقة لأنه يتضمن الفهم بكل هذه النواحي الإنسانية بدلاً من إظهار الشفقة على المرؤوسين. فالقدرة على معرفة حاجات الأفراد ورغباتهم تؤدي إلى فهم المثيرات والسلوك الصحيح الذي يؤدي إلى التعامل معها ومعرفة ردود الآخرين تجاهها مما يؤدي إلى فعالية أكثر وإنتاج أفضل.

ج. الثقة Confidence:

إن ثقة القائد بنفسه وبقدراته وقدرات مرؤوسيه تؤثر تأثيرا إيجابياً على فعالية القيادة، فالقائد الذي ينقصه مثل هذه الثقة يصعب عليه تشخيص المشكلة بشكل جيد كما تؤثر على قناعته بعدم قدرة مرؤوسيه على تنفيذ الأعمال مما يضطره إلى الرقابة والإشراف عليهم بشكل مباشر ودقيق مما يؤدي إلى تعطيل الأعمال وتأخيرها. كما ان نقص الثقة يؤدي إلى اتخاذ قرارات غير كاملة أو متأخرة ويترتب على ذلك آثار سيئة بالنسبة للمنظمة.

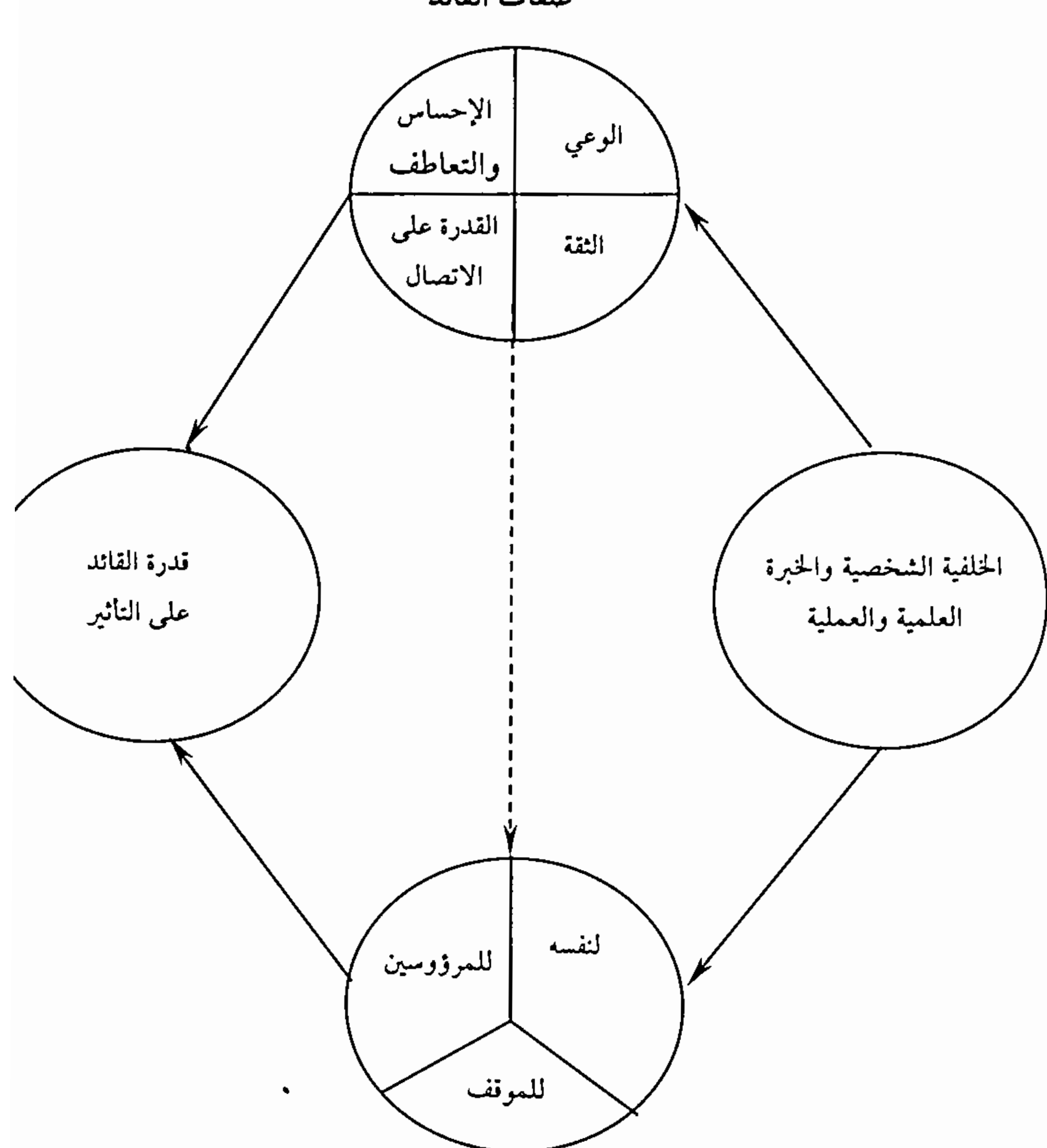
د. القدرة على الاتصال Ability of Communiation:

أي قدرة القائد على توضيح وإيصال ما يريده لمرؤوسيه وخاصة فيما يتعلق بالأهداف وتوقعات المرؤوسين. فالقائد الذي يفشل في مخاطبة مرؤوسيه والتحدث إليهم وتوضيح ما يريده منهم يفشل في التأثير عليهم وهذا يؤدي إلى الفوضى وفشل علية القيادة نفسها.

الشكل رقم (30)

إدراك وفهم القائد. نظرة متكاملة للقيادة

صفات القائد



الخلاصة:

تحتاج المنظمات إلى القادة الإداريين القادرين على التأثير على مرؤوسيهم واستغلال طاقتهم وقدراتهم، كما تحتاج وبشكل أكبر إلى قادة استراتيجيين مخططين ومتخذي قرار لقيادة منظماتهم إلى المستقبل وللتأثير على البيئة الخارجية والإحداث فيها لمصلحة منظماتهم وأن غياب مثل هؤلاء القادة يؤدي إلى فشل المنظمات في تحقيق أهدافها. وقد تم في هذا الفصل استعراض أنواع القوى التي يمتلكها القادة ويؤثرون بها على مرؤوسيهم، وأساليب القيادة المختلفة التي يتصف بها القادة كما استعرضنا من ناحية تاريخية تطور النظريات القيادية المختلفة التي تحاول تفسير فعالية القيادة في أي تجمع بشري. ففي حين ربطت نظرية السمات ما بين الصفات الشخصية وفعالية القيادة، ركزت نظريات السلوكيين على تحليل سلوك القائد أثناء ممارسة عملية القيادة بتحديد الأبعاد المؤثرة على نجاح تلك العملية ومن خلال ذلك استعرضنا معظم النظريات التي تركز على سلوك القائد وأخيراً بينا أن أسلوب القيادة الأمثل يجب أن يأخذ بالاعتبار سلوك الجماعة وشخصية القائد والموقف أو الحالة موضوع عملية القيادة.

وبشكل عام تبين أن هناك صفات رئيسة مثل الوعي والإحساس والتعاطف والثقة والقدرة على الاتصال يجب أن يتحلى بها أي قائد يريد زيادة فعاليته وضمان نجاحه في قيادة الآخرين وقيادة منظمته إلى النجاح.

الفصل الحادي عشر

الاتصال في المنظمات الصحية

- أسباب ضعف الاتصالات في المنظمة الصحية
- مبادئ عامة في الاتصالات
- تحسين الاتصالات النازلة
- تحسين الاتصالات الصاعدة
- تحسين الاتصالات ذات الاتجاهين
- الاجتماعات



الفصل الحادي عشر

الاتصال في المنظمات الصحية

مقدمة:

يعتبر تدفق المعلومات دم الحياة في عمليات وفعاليات أي تنظيم، فصنع القرار يعتمد على معلومات دقيقة وكاملة ومتوفرة في الوقت الصحيح. وحقيقة الأمر أن توفير ومعالجة المعلومات الدقيقة والكاملة في الوقت الصحيح هو دائماً أحد المشاكل الأكثر تعقيداً التي تواجه التنظيمات. وبالتأكيد فإن هذا ينطبق على المنظمة الصحية كأي تنظيم آخر، فتوصيل المعلومات هو الجوهر والأساس في كل التنظيمات وبدون مشاركة المعلومات لا يمكن للتنظيم أن بتشكل ولا يستطيع التنظيم أن يعيش طويلاً. وبالنتيجة فإن عملية الاتصالات تفرض مشكلة كبيرة ومعقدة لإدارة المنظمة الصحية والتي ترتبط فعاليتها بشكل مباشر بالنجاح الذي تستطيع به الإدارة إجراء الاتصال.

وتتضمن الاتصالات بمعناها الضيق مهارات مختلفة مثل القراءة والكتابة والاستماع والمحادثة. وتتضمن بمعناها الأوسع المواقف والشعور والبيئة وربما المدى الكامل للعلاقات الشخصية وعلاقات العمل. فالاتصالات هي عملية لا تقتصر فقط على إرسال واستقبال المعلومات بل المواقف والشعور كذلك.

وفيما يتعلق بالمنظمات الصحية فإن إجراء الاتصالات تعني فقط إرسال واستقبال تلك المعلومات أو المعرفة التي تساعد المنظمة على الوصول إلى أهدافها فقط. فأي نوع آخر من الاتصالات في المنظمة سو ف يكون غير فعال.

أسباب ضعف الاتصالات في المنظمات الصحية:

في دراسة لفعالية الاتصالات في المستشفيات شملت 310 مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية كان السؤال الذي وجه إلى مدراء المستشفيات هو كيف تصنف فعالية

عملية الاتصالات في مستشفاك بشكل عام؟ وطلب من المدراء تصنيفها ضمن أربعة تصنيفات هي جيد جداً، جيد، متوسط، وضعيف وكانت الإجابات كما يلي:

التصنيف	المستشفيات المستجيبة
جيد جداً	٪10
جيد	٪56
متوسط	٪31
ضعيف	٪3

حيث صنف حوالي 1/ 3 المدراء فعالية الاتصالات بمعدل أقل من الجيد.

وفي الإجابة على سؤال آخر. حول المشاكل الرئيسية والمعوقات للاتصالات الجيدة كانت الأسباب التي ذكرها المدراء هي كما يلي: (مرتبة حسب تكرارها).

1- ضعف كفاءة العنصر البشري وعدم توفر الوقت الكافي.

2- عدم وجود برامج تدريب أثناء العمل وبرامج للتطوير.

3- عدم وجود إجراءات وسياسات وتوجيهات مكتوبة للعمل والعاملين.

4- سوء فهم للنشاطات المتخصصة وأعمال النشاطات الأخرى في المستشفى.

5- المشاكل التنظيمية، عدم تحديد خطوط السلطة والمسؤولية.

6- الفشل في إدراك أهمية الاتصالات.

7- المعقوقات اللغوية .

8- دوران العمل.

9- مشاكل العاملين.

10- التشغيل على مدى 24 ساعة.

وفي الحقيقة فإن قائمة المعوقات للاتصالات الفعالة قد تمتد إلى ما لا نهاية ومن الصعب أن يتفق الاختصاصين على قائمة واحدة.

ويلخص اختصاصي الاتصالات أسباب ضعف الاتصالات في التنظيم بالقائمة التالية:

1- عدم ملائمة وضعف مهارات ومواقف المرسلين والمستقبلين للمعلومات.

2- عدم وجود وسائل لتقويم نتائج الاتصالات وتحسينها.

3- سوء فهم وتحريف المعلومات المرسلة والمستقبلة بسبب العلاقات والعوامل الإنسانية.

4- كبر حجم التنظيم، فكلما كان التنظيم أكبر كلما كانت عملية الاتصالات صعبة. وأصبح من الضروري الاعتماد بشكل أكبر على وسائل الإعلام الجماهيرية (مثل المجلات والاجتماعات الكبيرة، وهكذا) والتي تعتبر أقل كفاءة من الاتصالات وجهاً لوجه كما هو الحال في المجموعات الصغيرة.

مبادئ عامة في الاتصالات:

يتضمن برنامج تحسين الاتصالات في أية منظمة مبادئ وإرشادات عامة لابد من تطبيقها في نشاطات الأعمال اليومية وحل المشاكل بالإضافة إلى نشاطات الاتصالات كذلك وهي:

1- الاتصالات ليست عبارة عن أداة فقط أو ناحية مساعدة في التنظيم. فهي جوهر أي نشاط منظم والعملية الأساسية التي تنبثق عنها كافة الأعمال الأخرى. فبدون الاتصالات لا يمكن أن يكون هناك تنظيم. والمدير لابد له من الاتصالات المستمرة (من خلال معالجة المعلومات - الاستماع، اتخاذ القرار، الملاحظة، المحادثة، الكتابة).

2- إن الاختلاف الكبير في نوعية ونتيجة الاتصالات يحتم ضرورة إخضاعها لعملية الرقابة والضبط الإداري كما هو الحال بالنسبة إلى نشاطات التنظيم الأخرى. ويعني ذلك إخضاعها للمبادئ الإدارية المعروفة من تحليل وتخطيط وتنسيق وتقويم.

3- يجب النظر إلى الاتصالات والتفكير بها على أساس أنها توجيهية سواء الاتصالات الصاعدة أو النازلة أو الاتصالات الأفقية عند صدورها من المرسل.

كما أن كل اتجاه لهذه الاتصالات يفرض مشاكل فنية ونفسية مختلفة ولابد من حل هذه المشاكل إذا أريد للاتصالات أن تكون ناجحة.

4- ورغم أن معظم التنظيمات تتصل بشكل جيد نسبياً. فإن الاتصالات غير الفعالة في التنظيم يمكن أن تعني ضياع في الوقت والموارد وبالتالي يمكن أن ينتج عنها انخفاض في الإنتاجية وارتفاع في التكاليف.

5- بينما يمكن تحسين الاتصالات عن طريق تعليم المبادئ العامة والمهارات المختلفة في الاتصالات فإن مواقف الفرد وحفزه لتطبيق المبادئ والمهارات التي تعلمها هو على قدر مساو في الأهمية.

6- إن الاتصالات لا تقتصر على الاتصالات الشفهية والكتابية بل يمكن أن تتم بطرق مختلفة غير شفوية من خلال الإشارات والتلميح، وتعابير الوجه، وحركات الجسم، ونغمة الصوت، واللباس، والأكثر من ذلك كله فالأفراد يتواصلون بأفعالهم.

7- إن الفرد وبشكل عام، يستمع ويقدر ويلاحظ ثم يختار ويفهم تلك الأجزاء من الرسالة التي ترتبط بمصالحه واهتمامه، ورغباته وحاجاته.

8- إن المرء لا يمكن أن يفشل في الاتصالات. فعندما نتوقع الاستجابة لرسالة ما فإن الصمت قد يعني الاتصال (يمكن ان ترسل الخوف، العناد، او عدم التعاون) ولهذا فإن الخيار ليس بين أن نتصل أو لا نتصل، ولكن بين الاتصال بفعالية أو بعدم فعالية. فالخيار هو بين المساهمة أو عدم المساهمة في تحقيق أهداف التنظيم.

9- إن لكل اتصال محتوي لفظي وهو المعنى المتضمن وراء الاتصال أو الذي يحكم العلاقة بين الأفراد الذي يشكلون طرفي الاتصال. فعلى سبيل المثال عندما تتم ترقية شخص ما في التنظيم فيمكن أن يسمع نفس الجملة اللفظية (مبروك الترقية) عدة مرات. ولكن بسبب الاختلاف في الاتصالات ومن أناس مختلفين (كنوع البسمة، ونغمة الصوت، والتربيث على الكتف، التعبير عن الفرح أو البرود في التعبير والجمود) فإنه سوف يستلم معاني كثيرة مختلفة لنفس الجملة اللفظية.

10- مع ان العديد من المدراء يشعرون أن الرسالة تحتاج إلى أن ترسل مرة واحدة فقط لتكون فعالة فإن اختصاصي الاتصالات يصرون على أهمية الإعادة والتكرار. فالكثير من الناس لا يلتقطون الرسالة أو لا يفهموها من المرة الأولى. وكذلك فإن أجهزة الإعلام المختلفة جعلت الناس يربطوا بين إعادة الرسالة وأهميتها. والقاعدة العامة هي: كلما كانت الرسالة مهمة كلما تكرر إرسالها، ولكن بواسطة وسائل مختلفة وأوقات مختلفة وفي نصوص وأشكال مختلفة.

11- لابد أن يتضمن الاتصال وسيلة للتغذية الراجعة، طريقة للمرسل يتمكن فيها من ملاحظة نتيجة رسالته على سلوك مستلم الرسالة، فبدون التغذية الراجعة لا يستطيع المرسل معرفة فيما إذا كان اتصاله فعالاً أم لا، ولا يعرف كيف يستطيع تحقيق اتصال أفضل في المرة القادمة. والتغذية الراجعة يمكن أن تكون فورية مثل محادثة بين شخص وشخص أو متأخر كما في الدراسات والمسوحات الخاصة بالتعرف على آراء ومواقف العاملين. والاتصالات التي تحتاج لشكل ما من التغذية الراجعة تسمى الاتصالات ذات الطريقين Two - ways.

12- ومع ان الاتصالات الفعالة تتطلب خبرة ومهارة واستعمالاً فعالاً للوسائل المختلفة للاتصال (النشرات، الاجتماعات وهكذا) فإن العقبة العامة للاتصالات تكمن في العلاقات الإنسانية داخل المنظمة.

13- ضرورة توفر مقياس لتقويم الاتصالات عند وضع أي برنامج لتحسين الاتصالات وإنجاحها.

14- إن الاتصال لا يحدث بمجرد ان الرسالة قد تم إرسالها، فيجب أن تستلم بمقدار معقول من الدقة. فالمدير لا يستطيع الافتراض انه يحقق اتصالاً بمجرد إرسال نشرة شهرية إلى مرؤوسيه فلابد من استلامها وقراءتها وفهمها واتخاذ الإجراء المناسب عليها إذ تتطلب الأمر لذلك.

15- يجب ان لا نفكر فقط في حل مشاكل الاتصالات لنفسها (مثل مشاكل الاجتماعات، وبرنامج نظام المقترحات والشكاوي وغيرها) بل كذلك في حل المشاكل التنظيمية المحددة عن طريق تطبيق أساليب محددة للاتصالات.

الحاجة إلى تحسين الاتصالات:

إن أحد الأسباب لضرورة كوننا متوجين لتحسين الاتصالات هو أن الأفكار والمعدات والإجراءات تتغير اليوم بسرعة أكبر من أي وقت مضى. وإذا ما أرادت الإدارة والعاملين أن يفهموا هذه التغيرات والانتفاع بها فيجب عليهم أن يتفهموا كيف يوصلوا هذه التغيرات وبسرعة لبعضهم البعض. والسبب الآخر هو أنه لأسباب مختلفة اقتصادية فإنه أقل فعالية أن نخبر او نأمر المرؤوس لعمل شيء ما بدون ان نحصل اولاً على تعاونه من خلال المعلومات التي تمكنه أن يفهم ويقبل ما نتوقعه منه.

وهكذا فالاتصالات ترتبط بالاستعمال الفعال للموارد البشرية وبشكل نهائي بتكلفة إدارة المنظمة الصحية أو أي تنظيم آخر. فالاتصالات الأكثر فعالية وتعني مشاركة فعالة للأفكار والشعور والمواقف لمصلحة المنظمة - يمكنها أن تنجز العمل بشكل أفل وتحل المشاكل بكفاءة أكبر وهكذا تؤثر على خدمات الرعاية الصحية، وإنتاجية العاملين وتكاليف التشغيل.

تحسين الاتصالات من اعلى إلى أسفل:

أشارت نتيجة الدراسة السابقة الذكر بأن اتصالات المدراء مع المشرفين كانت فعالة جداً اما الاتصالات مع المرؤوسين فكانت قليلة الفعالية وهذا يعزز المبدأ القائل بان الاتصالات تفشل أو تعرقل بشكل اكبر في التنظيمات الكبيرة كلما ابتعدنا عن مصدر الرسالة.

ويتفق اختصاصي الاتصالات بأن المدراء يمكن أن يكونوا أكثر كفاءة وفعالية في أعمالهم عندما يستخدموا الاتصالات النازلة لتحقيق هدفين:

1- إبلاغ المرؤوسين عن مسؤوليات أعمالهم ودورهم في التنظيم.

2- الحصول على التعاون الكامل من مرؤوسيهم وبذلك يتم استعمال الموارد المتاحة لهم بشكل منتج وإلى حد بعيد قدر الإمكان.

ولتحقيق هذين الهدفين لابد للمدراء من تطوير وعي مستمر عن أهمية الاتصالات مع كافة مستويات الإدارة والإشراف ولابد من أن يكونوا حذرين دائماً

وعلى كل المستويات في التنظيم إلى وجود مشاكل محددة للاتصالات التي تؤثر على أداء التنظيم وإنجازه.

إن أهمية النقطة الأخيرة موضحة بنتائج إحدى الدراسات الحديثة عن دوران العاملين في المنظمات الصحية. وهي تشير أنه بينما يتم تأكيد وتفسير وإرسال المعلومات الخاصة بدوران العمل إلى الإدارة العليا فهنالك دليل ضعيف أن معلومات الدوران تبلغ إلى أسفل إلى رؤساء الأقسام والمشرفين. إن الغياب العام لهذه الاتصالات ينعكس في التعليقات التالية لرؤساء الأقسام الذين تمت مقابلتهم. "لا أستلم أي تقارير من قسم المستخدمين عن دوران العمل ولا أناقش الدوران مع أحد". "لا أستلم معلومات من الأعلى وليس لدي معلومات لأوصلها للمستخدمين عندي".

فإذا كانت المنظمات الصحية ليس لديها طرق فعالة لتوصيل المعلومات عن دوران العمل إلى أسفل (إلى رؤساء الأقسام والمشرفين) وحيث يحدث الدوران الفعلي. فلا يتوقع منهم القيام بمسؤولياتهم الكاملة لاستقرار العاملين في أقسامهم.

صعوبات الاتصال إلى أسفل:

ومع ان الاتصالات النازلة هي الأكثر شيوعاً في أي تنظيم فهي غالباً الأصعب بسبب الخلاف الأساسي الذي ينتج غالباً عن علاقات الرئيس والمرؤوس. فالرؤساء والمرؤوسين يمكن أن يكون لديهم آراء وتوقعات مختلفة ومصالح مختلفة وهذا غالباً يجعل الاتصالات النازلة صعبة. وهنالك مشاكل أخرى تصعب من الاتصال النازل وتعود للمدراء وهي:

1- ضعف مهارة المدير في اختيار الوسيلة المناسبة واستخدامها.

2- قد يشعر المدير بأن المرؤوس ليس لديه الحاجة أن يعرف او الحق لأن يعرف بعض المعلومات.

3- قد يفترض المدير ان الرسالة المرسلة هي رسالة مستلمة دون الاهتمام أو التأكد من أن أحداً ما يستمع او يفهم الرسالة كما أرادها مرسلها.

وهنالك مشاكل أخرى تعود للمرؤوسين وتعيق الاتصال النازل كما يلي:

1- قد يفشل في فهم المعنى المقصود أو في الإلمام بأهمية الرسالة.
2- قد يشعر أن لديه الحاجة أو الحق في أن يعرف المعلومات التي حجبت عنه.
3- قد لا يثق بدوافع الرئيس في إعطاء المعلومات أو طلب التعاون.
4- قد يغتاظ من النقد (سواء المتضمن أو المحدد).
5- قد يقاوم أي تغيير في عادات عمله أو نمط تفكيره.

ولابد هنا من التذكر بأن كل شخص في المنظمة (عدا الذي لا يشرف على أحد) يلعب دور الرئيس والمرؤوس معتمداً ذلك على كونه يتصل إلى أعلى أو إلى أسفل).

بعض المتطلبات الدنيا للاتصالات النازلة:

للاتصال بفعالية إلى أسفل هنالك حد أدنى من المتطلبات الضرورية كما يلي:

1- يجب أن يكون المرسل واعياً ومدركاً لصفات وخصائص كل وسائل الاتصال إلى أسفل الموجودة لديه. وان يكون قادراً على اختيار الوسيلة المناسبة للرسالة ويعرف كيف يستعملها بمهارة.
2- ان الاتصالات النازلة يجب أن تحتوي على مضمون ولغة ترضي وتوفق بين اهتمامات كلا من الرئيس والمرؤوس. فيجب أن لا تظهر الفوائد كلها على جانب واحد.
3- حيثما كان بالإمكان، يجب إعطاء الأسباب لأية تغييرات يراد إدخالها. وهذا يخلق مناخاً من الثقة، والاحترام المتبادل.
4- لضمان التحسين المستقبلي على الاتصالات النازلة. يجب تقويم دقتها كلما كان ذلك ممكناً وذلك من خلال استعمال التغذية الراجعة.

والحصول على التغذية الراجعة يعني معرفة كم كان الاتصال فعالاً. والتغذية الراجعة ببساطة هي "معرفة النتائج" وأخبار المدير أو المشرف.

1- فيما إذا فهم المرؤوسين الرسالة واتخذوا الإجراء المناسب عليها.

2- ماذا يمكن للمرؤوسين أن يسهموا في حل المشكلة.

3- ما يجب عمله للتوفيق بين حاجات الرئيس والمرؤوس والمنظمة.

ويمكن الحصول على التغذية الراجعة من خلال ما يلي:

- التقارير (المكتوبة والشفوية) والمذكرات الصاعدة.
- أنظمة الاقتراحات.
- أساليب الشكاوي والتذمر.
- مقابلات ترك الخدمة.
- تقويم الأداء.
- مسوحات المواقف والآراء.
- الاجتماعات بأنواعها المختلفة
- المؤتمرات.

وبدون التغذية الراجعة فإن غالبية المدراء سوف يبالغوا في تصنيف فعالية اتصالاتهم. فالمدراء غالباً بعيدين كثيراً عن المستويات الدنيا ليلاحظوا مباشرة الاحباطات والتوتر وعدم الكفاءة الناتجة عن الاتصالات الضعيفة. وبالنتيجة يمكن أن يكونوا غالباً غير واعيين للمشاكل الحقيقية للاتصالات، والمعنويات، ودوران العمل، والمشاكل الأخرى.

ومن خلال التغذية الراجعة، يمكن ان يكون التقويم أكثر موضوعية وواقعية. ويمكن اكتشاف المشاكل بسهولة أكبر ودقة، وباختصار فإن التغذية الراجعة تزود الأساس للتحليل، والتخطيط، والتقييم اللاحق لنتائج الاتصال - وهي جزء أساسي في الممارسة الإدارية الحديثة.

تحسين الاتصالات الصاعدة:

الاتصالات الصاعدة هي انتقال الرسالة إلى مستوى أعلى في التنظيم (من المرؤوس إلى الرئيس)، وعند القيام بالاتصالات الصاعدة بفعالية فإنها تساعد المدير

والمشرف والمستخدم (غير المشرف) على المساهمة في المعلومات والمواقف الإيجابية لمصلحة التنظيم. وفي نفس الوقت يمكن ان يعلم المدراء والمشرفين ما يلي من معلومات عن المرؤوس ومواقفه.

- ما الذي تم إنجازه؟
- ما هي المشاكل، وفرص التحسين؟
- ما هي الطلبات والأوامر والتعليمات التي يجب إرسالها إلى أسفل بهدف إتخاذ الإجراء الصحيح؟
- كيف كانت فعالية الاتصالات النازلة (هل قرأت، واستمع لها، وفهمت، وإتخذ الإجراء اللازم عليها) وكيف يمكن تحسين الاتصالات النازلة.

إن أهم شخص في الاتصالات الصاعدة وربما في الاتصالات كلها هو مشرف الخط الأول لأنه يمثل التنظيم لأكبر عدد من العاملين. وبشكل نظري فإن الاتصالات الصاعدة يجب أن تتحرك بسهولة إلى أعلى عبر القنوات من المرؤوس (كنقطة البداية) إلى كل مستوى إشرافي إلى أن تصل إلى المستوى الإشرافي المخول باتخاذ الإجراء على هذه المعلومات والمواقف بما يتناسب مع أهداف التنظيم.

ولكن إذا ما أريد للاتصالات الصاعدة أن تكون فعالة فإن علاقة طابعها الثقة والمحبة والاحترام يجب أن تسود بين الرئيس والمرؤوس على كل مستوى. وفي الممارسة ولعدة أسباب مختلفة فإن مشاكل العلاقات الإنسانية غالباً ما تتدخل وتعرقل الاتصالات الصاعدة.

بعض الصعوبات في الاتصالات الصاعدة:

فيما يلي الصعوبات التي تحد من فعالية الاتصال الصاعد:

1- إن المدير أو المشرف يرى المرؤوس اللامع كتهديد لأمنه. ولهذا يمتنع الرئيس عن إعطاء معلومات للمرؤوس تساعده على أن يبدوا جيداً، أو يمكن أن يتقبل المعلومات منه دون إعطاءه أي تقدير وبهذا سوف يتوقف المرؤوس عن الاتصال إلى أعلى ويصبح أقل إنتاجية وغير راضي على الأرجح.

2- إن الرئيس لا يستمع، فالنظرة التقليدية للقائد هي أنه الشخص الذي يتكلم بينما المرؤوس يستمع. ولفعالية الاتصال الصاعد يجب أن يتكلم المرؤوس ويصغي الرئيس والاستماع فن ينقص الكثير من الرؤساء وخصوصاً في المقابلة وجهاً لوجه.

3- إن المناخ العام للاتصال الصاعد هو ضعيف، فبسبب الاختلاف في المركز والخلفية والتعليم فإن العلاقة بين الرئيس والمرؤوس يمكن أن تضعف، فالرئيس بما لديه من نفوذ وقوة ومعلومات متوفرة يمكن أن يتكلم إلى أسفل والمرؤوس بدوره قد لا يستطيع التعبير عن نفسه بنفس الدرجة لو كانت هناك جواً من الاحترام المتبادل.

4- المرؤوس يقاوم التغيير، فتردد المرؤوس لتمرير وإعطاء الأفكار الجديدة أحياناً ما يوصف كمشكل للاتصال الصاعد لأنه يخش التغيير الذي قد تجلبه الفكرة على وضعه وعمله.

5- المرؤوس تنقصه المهارات للاتصال، ولأن وقت الرئيس عادة أثمن من وقت المرؤوس فمن الأساسي أن تكون الاتصالات الصاعدة فعالة وكفؤة. ولكن المرؤوس في المستويات الدنيا قد لا يستطيع التعبير عن نفسه بشكل جيد وليس لديه الوسائل المساعدة للاتصال كما هو الحال بالنسبة للرئيس لذلك فهو يتصل تحت ظروف اكثر صعوبة من رئيسه وطريقة عرضه للموضوع قد تقلل من القيمة الحقيقية لأفكاره ووجهة نظره.

6- إن التنظيم يهمل الاتصالات الصاعدة بعد استلامها ولا يأخذ إجراء عليها، فبعض التنظيمات تشجع الاتصالات الصاعدة وبعد ذلك نجد أنها غير جاهزة للتعامل مع المعلومات أو المواقف التي تجدها. وهذا ينتج عنه إحباط لدى المرؤوس، الذي يكتشف أن أفكاره لم تؤخذ بالاعتبار، وبأنه تم إهمالها.

فتح قنوات الاتصالات الصاعدة:

لأسباب واضحة فإن الأخبار الجيدة تصل الإدارة بشكل أسهل بينما المشاكل تتحرك ببطء أكبر عبر القنوات الصاعدة وأحياناً لا تصل إلى بعد ظهور الأزمة. وبذلك تكون النتائج مكلفة.

وللتغلب على قنوات الاتصالات الصاعدة بين المرؤوسين والرئيس فقط طورت التنظيمات أساليب مختلفة ووسائل عديدة والتي هدفها الأساسي فتح وإزالة العوائق امام قنوات الاتصالات، وهذا يتم عن طريق تخطي المشرف المباشر للمستخدم والذي تكون معلوماته ومواقفه مهمة للإدارة. وإحدى هذه الأساليب استعمال لجان ومجالس الموظفين كوسائل لإزالة العوائق أمام الرسائل الشرعية إلى الإدارة من المرؤوسين.

تحسين الاتصالات ذات الاتجاهين:

إن الأسلوب المستعمل في الاتصالات الصاعدة أو النازلة يمكن أن يضمن اتصالاً ذا وجهين إذا ما تم اختيار الوسيط أو الأسلوب الذي يسهل الاتصال في الاتجاه المعاكس. وهذا من شأنه ضمان تغذية راجعة ذاتية ومعرفة أفضل لنتائج الرسالة الأصلية.

وفيما يلي مثال يوضح كيفية الجمع بين الاتصالات النازلة والصاعدة لتوفير التغذية الراجعة. مجلس المستخدمين (نازلة من الإدارة إلى الموظفين) مع مسح لمواقف الموظفين (صاعدة من الموظفين إلى الإدارة) سوف تزودنا برد فعل المستخدمين لما قيل في المجلة. عن مسح المواقف (صاعد) يمكن عمله عندئذ بشكل أكثر فعالية من خلال نشر نتائج المسح في مجلة المستخدمين (نازلة ثانية) وهكذا، فالنتيجة اتصال ذو اتجاهين وتحسين لفعالية الاتصالات.

فعند عدم توفر الاتصالات ذات الاتجاهين وعند عدم تشجيع الموظفين على الاتصال بحرية مع الإدارة فيمكن توقع ما يلي:

1- سوء فهم أهداف التنظيم وسياساته.

2- ضعف ولاء وانتماء العاملين للتنظيم وأهدافه.

3- برامج تدريب مكثفة ومكلفة.

4- سوء فهم مستمر بين المرؤوس والرئيس وبين الأقسام.

5- تدمير لمركز الرئيس وقدرته على القيادة فبدون الاتصالات ذات الاتجاهين يشعر مشرفو الخط الأول أنهم معزولون عن رؤساءهم ومرؤوسيهم.

6- إن الهدوء أو الصمت في التنظيم يخلق عادة الشائعات والبلبلة وحتى في غياب الشائعات فإن الموظفين عادة يعطوا معنى غير جيد للصمت.

7- ارتفاع نسبة المستخدمين الذين يتركون العمل، وتغيب، وعدم رضى عن العمل وغياب الفهم والتفهم المشترك بين الرؤساء والمرؤوسين.

الاجتماعات:

إن الكثير من الاجتماعات هي في الأساس ذات اتجاه واحد للاتصال، فالرئيس يتكلم وأحياناً بغير فعالية ومرؤوسيه لديهم القليل من الفرص للتعبير عن آرائهم ومواقفهم وأسئلتهم. ورغم ذلك فإن الاجتماعات وخاصة المصغرة منها هي وسيلة تمنح الرئيس والمرؤوس الفرصة لمشاركة آرائهم وشعورهم بفعالية وسهولة، ورغم الانتقادات التي قد توجه إلى الاجتماعات لعدم جدواها في تضييع الوقت بمواضيع غير نافعة وغير مرتبطة كما أن البعض منها يتعارض مع العمل وذا تكلفة عالية (فبعض الاجتماعات تكلف آلاف الدولارات من حيث الوقت المصروف في التحضير لهذه الاجتماعات والوقت الذي تستغرقه وهي تكلفة أكبر بكثير من إصدار مجلة أو نشرة ما). وعندما تنتهي الاجتماعات الفاشلة فإن المسؤولين عنها لا يعرفون فيما إذا:

1- تم الاستماع للرسالة.

2- هل تم فهم الرسالة.

3- هل سيتم اتخاذ إجراء عليها.

وبالرغم من هذه الانتقادات فإن الاجتماعات وجهاً لوجه تعتبر وسيلة اتصال أفضل بكثير من الوسائل الكتابية بعدة طرق:

1- أن الاتصالات وجهاً لوجه على الأرجح أكثر معنى من الاتصالات الكتابية لأن هنالك تشويش أقل للمادة المرسلة فالمشارك لا يرسل فقط الأفكار بل كذلك الشعور والمواقف حول أفكاره، وحول رؤساءه، وحول التنظيم، وحول نفسه.

2- تستطيع الاجتماعات وبنجاح الكشف عن المشاكل الخفية للتنظيم فعن طريق التكلم والاستماع في الاجتماعات، يستطيع رئيس القسم او الرئيس أن يحصل على تفهم أفضل عن مرؤوسيه وعن طاقاتهم وحاجاتهم للمعلومات ومشاكل أعمالهم. وكذلك الأمر بالنسبة للمرؤوس فإنه يتفهم ويسهم بالأفكار ويحصل على التقدير الذي يستحقه.

3- الاجتماع وجهاً لوجه وسيلة جيدة للاتصالات ذات الاتجاهين فالمشارك يعلم عندما يتواصل فيما إذا كانت رسالته لها التأثير المقصود. وإلا فإنه يستطيع فوراً تعديل الرسالة والمحاولة ثانية وهكذا فالاجتماع وجهاً لوجه يعطي فرصة للتواصل بفعالية.

لماذا تفشل الاجتماعات:

هناك خمسة أساب رئيسية لضعف الاجتماعات وفشلها:

1- عدم تحديد أهداف الاجتماع والغرض منه بوضوح والفشل في نقل وإبلاغ أهداف وغرض الاجتماع إلى المشاركين بشكل واضح وقبل موعد الاجتماع بفترة زمنية كافية.

2- غالباً ما ينظر المدير إلى الاجتماع كفرصة له لطرح خططه وأفكاره التي حضرها سلفاً ويعمل على فرضها على المشاركين اكثر من كونه فرصة للتعرف على أفكار المشاركين ومناقشتها.

3- عدم توفر معلومات كافية لدى المدير عن المشاركين في الاجتماع. لماذا سيشاركون؟ وماذا يتوقعون من الاجتماع؟ ما هي حاجاتهم؟ وما الذي يمكنهم المساهمة فيه وتقديمه في الاجتماع.

4- نقص مهارات الاستماع لدى قائد الاجتماع.

5- عدم الوعي لأهميـة الاتصـالات ذات الاتجـاهين Tow way communication وللطرق الفعالة لتحقيقه.

اسئلة ونقاط هامة تتعلق بالاجتماعات:

1. قبل الاجتماع:

قبل عقد الاجتماع هنالك عدة أسئلة محددة يجب على المدير أو قائد الاجتمـاع ان يكون مستعداً للإجابة عليها بخصوص قيادته للاجتماع وهي:

1- ما هو الغرض من الاجتماع وما الذي يرمـي إلى تحقيقـه؟ هـل الغـرض واضحـاً لمخطط الاجتماع؟ وهل تم توضيحه للمشاركين؟

2- هل هو مستعد للنقاش؟ وهل خطة النقاش التي ينوي اتباعها مناسبة؟

3- هل قام بتحليل ودراسة المشاركين والتعرف على نقاط قوتهم وضعفهم؟

4- هل الوسائل المساعدة للاجتماع مناسبة؟

5- ما هي الأساليب التي يجب عليـه اتباعـها لضمـان مشـاركة فعالـة مـن المشـاركين ولتحقيق اتصالات ذات اتجاهين؟

6- هل تم التفكـير بكافـة التفـاصيل والمتطلبـات الخاصـة بالاجتمـاع مـن البدايـة إلى النهاية؟

2. خلال الاجتماع:

على المدير أن يكون متيقظاً وأن يبذل جهوداً كافية لملاحظة وتســجيل مجريـات وسير الاجتماع، ويجب عليه الانتباه إلى النقاط التالية:

1- هل النقاش مرتبط بالغرض من الاجتماع؟

2- هل يسير النقاش بسهولة ويسر وانتظام؟

3- ما هي الأمور التي تسير جيداً في الاجتماع؟ وما هي الأمور والنواحي الضعيفة في الاجتماع؟

4- هل المدير يعي ويستمع إلى الهدوء والسكون المخيم في الاجتماع بالإضافة إلى النقاش والحديث؟

5- ما هي ردود أفعال وشعور ومواقف الأعضاء؟ وما هي انطباعات المدير عن مجريات الأمور في الاجتماع.

3. بعد الاجتماع:

لابد للمدير من تكريس بعض الوقت لتقييم نجاح الاجتماع وللتعرف على نقاط الضعف لتحسين فعالية الاجتماعات اللاحقة ولهذا لابد له من الإجابة على الأسئلة التالية:

1- هل كان استعداد المشاركين للنقاش جيداً؟ وهل كان مستعداً للنقاش؟

2- هل تم حضور الاجتماع من قبل كل الأشخاص الضروريين؟ ام كانت هنالك حاجة إلى دعوة أشخاص آخرين؟

3- هل شعر المشاركون بحرية التعبير والمشاركة؟ وهل تمثل الاستجابات وردود الأفعال مواقف الفرد الشخصية في المجموعة؟

4- هل كان النقاش حراً من سيطرة المدير او سيطرة الأعضاء الآخرين في المجموعة؟

5- هل كانت أسئلتي وتقديمي للمواضيع والنقاط واضحة ومحددة؟

6- هل كان هنالك استعمال فعال للمساعدات البصرية في الاجتماع.

7- هل تحقق الاتصال ذات الاتجاهين بشكل فعلي؟

8- هل كانت نتائج الاجتماع تستحق وتبرر الوقت والجهد المصروف؟ كيف أستطيع معرفة ذلك؟

الفصل الثاني عشر

التغيير التنظيمي في المنظمات الصحية

- مقدمة
- أنواع التغيير ومصادره
- عملية التغيير
- خصائص عملية التغيير
- استراتيجيات التغيير
  - ❖ استراتيجيات إعادة التعليم
  - ❖ استراتيجيات الإقناع
  - ❖ استراتيجيات التيسير
  - ❖ استراتيجيات القوة
- معوقات تنفيذ التغيير



الفصل الثاني عشر

التغيير التنظيمي في المنظمة الصحية

التغيير التنظيمي في المنظمات الصحية:

تعتبر إدارة التغيير في منظمات الرعاية الصحية إحدى أهم المسؤوليات الإدارية للمدير الصحي. فعند ممارسة المدير لعملية التخطيط الاستراتيجي لابد له من رصد وتحليل وتقويم البيئة الخارجية للمنظمة الصحية بكافة أبعادها بهدف التكيف مع البيئة وضمان استمرارية المنظمة. والتخطيط ينتج عادة عن برامج وأنشطة جديدة أو معدلة يصار إلى تنفيذها بنجاح وبما يحقق أهداف المنظمة. كما أن المدير عند ممارسته لعملية الرقابة يتدخل بإدخال التغيير عند عدم مطابقة النتائج الفعلية مع النتائج المرغوبة. والتغيير في المنظمة الصحية ينصب إما على المدخلات المستعملة او على عملية التحويل نفسها أو على المخرجات النهائية أو على كل ما ذكر. وهذا يعني أن كل التغيير الذي تتبناه المنظمة ينصب إما على الوسائل means أو على الغايات (Ends) أو على كليهما معاً. ويهدف هذا الفصل إلى التعريف بعملية التغيير في المنظمة الصحية وأنواع التغيير ومصادره والعوامل المؤثرة على التغيير والاستراتيجيات المتبعة لإدارة كل نوع من أنواع التغيير.

أنواع التغيير:

يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المنظمات الصحية بثلاثة أنواع كما يلي:

1- **تغيير فني technical change** وهو تغيير ينصب على الوسائل وليس الغايات ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة فعلى سبيل المثال فإن قرار تغيير جهاز تصوير شعاعي بآخر ذو قدرة إنتاجية أعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة

وأثرا قليلاً أيضاً بينما نجد أن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسيل الكلي في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة حيث سيخلق طلباً على هذه الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة والهندسة والصيانة وغيرها. وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلاهما يمثل تغيير في الوسائل ولا يمثل تغييراً في الأهداف الأساسية للمنظمة.

2- **تغيير تعديلي Adjustable change** وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل. حيث ينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل الجوهرية. فقرار المستشفى مثلاً بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل Home care لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزاً للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي حيث أن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين (الوسائل) موجودة أصلاً لدى المنظمة وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المنظمة وتركيزها وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة.

3- **التغيير التكيفي Adaptive change** ويتضمن تغيراً في كلا الوسائل والغايات معاً. وهذا النوع لا يحدث في المنظمة الصحية بشكل متكرر وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة (الغايات والأهداف) وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة.والمثال التقليدي لهذا النوع من التغيير والذي تنادي به منظمة الصحة العالمية هو قرار المستشفى العام أو مستشفى المجتمع المحلي بتقديم خدمات صحية وقائية للمجتمع المحلي. فالمستشفيات عادة لا تقدم مثل هذه الخدمات ويقتصر اهتمامها على ما يعرف بطب الأزمات Crisis medicine وعلى الأمراض والإعاقات التي يتم إحضارها إلى المستشفيات. فمثل هذا القرار يتضمن تعديل جوهري في أهداف المنظمة وينطوي على تغيير في الوسائل حيث لابد من امتلاك الوسائل لتحقيق هذا الهدف مثل توظيف عناصر بشرية غير موجودة أصلاً أو إعادة تحديد أدوار ومهام ومسؤوليات العاملين فيها.

مصادر التغيير:

هنالك ثلاثة مصادر للتغيير في المنظمات الصحية كما يلي:

1- Origination ويشير مصدر التغيير هذا إلى ابتداع أو خلق حلول أصيلة للتعامل مع مشكلة تواجه المنظمة.

2- التكيف ويشير إلى تطبيق حلول تم تطويرها خارج المنظمة بعد تكييفها وتعديلها لحل مشكلة تواجه المنظمة.

3- الاستعارة ويشير هذا المصدر إلى تطبيق حل تم تطويره خارج المنظمة دون أن تعدل عليه أو بعد إجراء تعديل طفيف عليه.

عملية التغيير:

بغض النظر عن نوع التغيير الذي تتبناه المنظمة أو مصدره يمكن النظر إلى التغيير كعملية تتضمن أربعة مراحل كما هو موضح في الشكل رقم (31) وكما يلي:

1- إدراك المشكلة او الحاجة للتغيير **recognition** من قبل المشاركين في المنظمة والمتعاملين معها. والحاجة للتغيير عادة هي الفجوة المدركة بين ما تعمله المنظمة حالياً وما يتوجب عليها عمله. ويتأثر إدراك المنظمة للحاجة للتغيير بما يمارس عليها من ضغوط خارجية وداخلية. حيث يشكل التغيير في حاجات البيئة المحيطة والطلب على الخدمات من البيئة وتوقعات أصحاب المصالح ضغطاً على المنظمة لإدخال التغيير. كما تشكل توقعات وحاجات ورغبات العاملين في المنظمة ومعظمهم من المهنيين ضغوطاً داخلية على المنظمة لإدخال التغيير. فمن المعروف أن المهنيون هم عالميون من حيث التوجه والولاء وينتقلون للعمل في المنظمات التي تهيئ لهم فرص الإنجاز. كما ان المستوى العالي من التدريب لهؤلاء يجعلهم على إطلاع على احدث ما يستجد من معارف وتكنولوجيا طبية وأساليب جديدة ويتوقعون توفيرها لهم في المنظمة وبذلك فإن توقعاتهم حول ما يجب على المنظمة ان تفعله يعتبر عاملاً ضاغطاً على المنظمة لإدخال التغيير.

2- تحديد العمل أو الإجراء الـذي يمكـن اتخـاذه لجسـر الفجـوة بـين الوضـع الحـالي والمرغوب وهذا يمكن أن يحدث على مستويات مختلفة في المنظمة الصحية والنقطـة الهامة هنا هي التأكد من أن برنامج العمل الذي يتفق عليه يتم دفعه وتحريكه باتجاه التنفيذ. وتتأثر هذه المرحلة عادة بخصـائص الأفـراد العـاملين وخصـائص المنظمـة نفسها ومصادر التغيير الذي تلجأ إليه المنظمة والموارد المتاحة والمخصصة كل هـذا مؤشرات تساعد على التنبؤ بالتغيير الذي سيحدث في المنظمة.

3- تنفيذ التغيير المطلوب وتتـأثر هـذه المرحلـة بخصـائص البنـاء التنظيمـي للمنظمـة وخصائص التغيير المقترح وخصائص الأفراد القائمين على التنفيذ. فدرجة التمـايز الأفقي والعامودي في الأنشطة وما تخلقـه مـن دوائـر عديـدة وتخصصـات مختلفـة وقضايا الاتصال والتفاعل بين هذه الدوائر والاعتماد المتبادل لبعضها على البعض الآخر وآليات التنسيق والتكامل بينها إضافة إلى وفرة أو شح الموارد المتاحـة كلـها خصائص هامة في تحديد ما إذا كان برنامج العمل المقـترح سـيتحرك مـن المرحلـة الثانية إلى مرحلة التنفيذ كما سيؤثر على سهولة او تعقيد عملية التنفيذ.

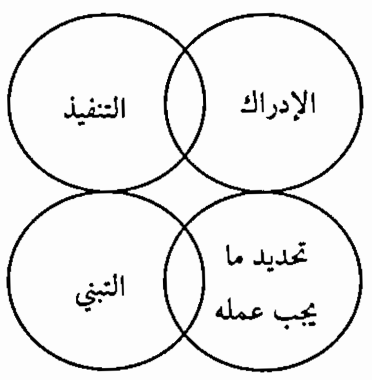
4- قبول التغيير Acceptance إن تنفيذ التغيير لا يعني بالضرورة القبـول النـهائي بـه من قبل الأفراد. فحدوث التبني للتغيـير يتوقـف علـى خصـائص التنظيـم وعلـى المراحل السابقة لعملية التغيير والخصائص الاجتماعيـة والشـخصية لكـل مـن لـه علاقة بالتغيير. ويتضمن مفهوم التبني درجات مـن التغيـير في المواقـف والسـلوك يمكن تصوره على خط مستمر ويتراوح من الإذعان للتغيـير كنقطـة ابتدائيـة علـى الخط إلى احتضان التغيير كنقطة نهائيـة علـى الخـط. ويشـير الإذعـان إلى تغـير في سلوك الفرد دافعه الحصول على مكافأة او تجنب عقاب مما يدفع الفرد إلى الإذعان والتقيد بالتغيير. وهذا المستوى من التبني يتصاحب مع التنفيذ عند غيـاب الإدراك للمشكلة أو عدم اعتبار مدى ملائمة التغيير لحل المشكلة المحددة.

ويحدث الاحتضان، النقطة النهائية على خط التبـني، عندمـا يـدرك الأفـراد أن التغيير محق ومرتبط بالمشكلة كما يحدث الاحتضان مـع تقـدم التنفيـذ خـلال مراحـل

الإدراك (اتخاذ قرار ما يجب عمله) والتنفيذ. والتحدي الحقيقي للمدراء هو تحقيق الاحتضان للتغيير.

الشكل رقم (31)

مراحل عملية التغيير



خصائص عملية التغيير والعوامل المؤثرة:

تتأثر عملية التغيير بالعديد من العوامل والتي لابد من الإشارة إلى أهمها:

1- تتأثر عملية التغيير بالمثير للتغيير. ويحدث المثير للتغيير عندما يتم إدراك تناقض أو اختلاف بين ما تفعله المنظمة بالمقارنة مع ما يعتقده المشاركون في التنظيم (العاملين وأصحاب المصالح والمتعاملين مع المنظمة) عما يتوجب على المنظمة عمله. وهذا التناقض يخلق فجوة في الأداء. وبقدر ما تكون هذه الفجوة الأدائية واضحة وكبيرة بقدر ما تكون القوة المحركة للتغيير وتنفيذ التغيير.

2- تسلسل مراحل التغيير وترابطها المنطقي والمنظم. فمراحل التغيير متسلسلة بشكل منطقي ومنظم حيث لا يمكن البدء بمرحلة لاحقة إلا إذا تحققت المرحلة السابقة مما يجعل التنفيذ عرضة لاحتمالية عدم التقدم إلى المرحلة اللاحقة من العملية.

3- الطبيعة التفاعلية لمراحل عملية التغيير بمعنى أن كل مرحلة لاحقة مشروطة ومعتمدة على سابقتها. أي ان الاحتضان مثلاً مشروط بالتنفيذ، والتنفيذ مشروط باتخاذ قرار حول ما يجب عمله وهذا بدوره مشروط بإدراك الحاجة للتغيير.

4- الطبيعة المعقدة والتفاعلية للعديد من العوامل المؤثرة على عملية التغيير والتي قد تسهل أو تعيق عملية التغيير. فالبناء التنظيمي السائد وهو من النوع العضوي (المرن) الذي يسمح بالتغيير ويسهله ام من النوع التقليدي الجامد الذي لا يتقبل التغيير ويعرقله ودرجة المركزية والرسمية في الاتصالات والتنسيق ومدى تواجد الموارد المطلوبة للتغيير. إن جملة هذه العوامل تؤثر على إمكانية تحرك التغيير عبر المراحل المشار إليها.

5- إن عملية التغيير عملية متجددة ومستمرة. فالمنظمات الصحية تعمل ضمن بيئة متحركة (غير مستقرة) وهذا يجعل التغيير التنظيمي عملية مستمرة وتحتاج إلى تقويم مستمر ينتج عن وعي دائم لأي تناقض بين ما تعمله المنظمة وما يتوجب عليها عمله. وهكذا تبدأ عملية التغيير وتتجدد بشكل مستمر ضمن سياق بيئي متحرك ومتغير باستمرار.

استراتيجيات التغيير:

هنالك العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم. وسوف نتناول أهم هذه الاستراتيجيات:

1. استراتيجيات إعادة التعليم Reeducation.
2. استراتيجيات الإقناع Persuasion.
3. استراتيجيات التيسير Facilitative.
4. استراتيجيات القسر (القوة) Coercive.

استراتيجيات إعادة التعليم:

وتعتمد هذه الاستراتيجيات على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي وبدون تحيز للعاملين في التنظيم وتفترض هذه الاستراتيجيات أن العاملين في المنظمة الصحية عقلانيون ويتصفون بالرشادة ومؤهلون لتقويم هذه الحقائق وقادرون على تعديل سلوكياتهم تبعاً لذلك. وجدير بالذكر أن هذه الاستراتيجيات لا تقرر بشكل مسبق مساراً محدداً أو خطة عمل للمنظمة بل تستعمل في الأصل كمصدر لتوليد النقاش والأفكار حول معالجة التضارب او الفجوة بين ما تفعله المنظمة حالياً وما يتوجب عليها عمله ومن الاستراتيجيات الشائعة في منظمات الرعاية الصحية.

1. استراتيجيات التعليم المستمر Continuous Education :

وتستعمل هذه الاستراتيجية بشكل خاص للأطباء والممرضات حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والتفجر المعرفي في مجال العلوم الطبية والصحية التركيز على التعليم المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير. وتقوم استراتيجية التعليم المستمر على افتراض أساسي وهو أن العاملين عندما يكونوا على درجة عالية من التدريب ومواكبين للتطور التكنولوجي والمعرفي في مجال تخصصاتهم سيكونون على الأرجح قادرين على إدراك المشاكل في منظماتهم وتحديد الحلول لها مما ينعكس إيجابياً على الأداء التنظيمي.

2. استراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسحية Survey Feedback:

وتستعل هذه الاستراتيجيات كآلية منظمة لجمع البيانات حول أنشطة وعمليات المنظمة. والافتراض الذي تقوم عليه هذه الاستراتيجية انه يتعذر على المرء التدخل المباشر بالعمليات التنظيمية. فبدلاً من ذلك يمكن للمرء العمل مع أفراد محددين مباشرة ومساعدتهم على تغيير سلوكياتهم المرتبطة بالأداء غير الفعال في المنظمة. وبذلك يوفر هذا المدخل الفرصة للأفراد لفهم المشاكل الأساسية في المنظمة والبدء بحلها.

إن الفكرة الأساسية في استراتيجية المسوحات هي البدء بعملية التغير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول انشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعات من الأفراد

لإعطاءهم فرصة لاستكشاف معاني ومضامين هذه النتائج والخلوص إلى استنتاجات والوصول إلى إجراءات تصحيحية. ثم يصار إلى جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراء التصحيح ويعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراء التصحيحي (التغيير). إن الوظيفة الأساسية لعملية التغذية الراجعة هي إظهار التناقض بين ما تفعله المنظمة وما يتوجب عليه فعله وجعل هذا التعارض واضحاً للمشاركين في المنظمة. وتؤثر التغذية الراجعة على السلوك بطريقتين:

1- توليد الطاقة عند الأفراد وحفزهم للبدء باتخاذ إجراء تصحيحي لأنها تقدم للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم. فعلى سبيل المثال تعتقد قيادة الهيئة الطبية عادة بأن الأطباء يقدموا لمرضاهم خدمات رعاية طبية جيدة إلا أنه عند جمع البيانات عن مؤشرات جودة الرعاية في المنظمة الصحية كمعدل التهابات ما بعد الجراحة ومعدل الإقامة في المستشفى فقد نجد ان هذه المعدلات مرتفعة قياساً بالمعايير المقبولة مما يحفز قيادة الهيئة الطبية على التفكير باتخاذ إجراء تصحيح.

2- توجه التغذية الراجعة السلوك عندما يكون الفرد محفزاً. وهذا يعني أنه عند وجود التناقض بين الأداء الفعلي والأداء المرغوب تقدم التغذية الراجعة الأساس للخطط والبرامج لحل هذا التناقص. وعند غياب مثل هذه الخطط والبرامج فإن بيانات التغذية الراجعة تولد الشرارة اللازمة لبدء البحث عن خطط وبرامج قد يتم إقرارها واعتماداً لحل التعرض. وبالعودة لمثال ارتفاع معدلات الالتهابات ما بعد الجراحة ومعدلات الإقامة فإن بيانات التغذية الراجعة يمكن أن توفر الأساس لإدراك المشكلة ومؤشراً إلى الحل الممكن كتنفيذ برنامج تدريبي للأطباء والممرضات لتحسين جودة الرعاية الطبية والتمريضية.

استراتيجيات الإقناع:

على عكس استراتيجيات إعادة التعليم تحاول استراتيجيات الإقناع إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد. فالتركيز هنا هو على بيع الفكرة المراد تبنيها والتي قد ترتكز على معلومات أساسية أو

على معلومات مفبركة إضافة إلى التلاعب بالأفراد والتأثير على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة.

وهذه الاستراتيجيات شانها شان استراتيجيات إعادة التعليم اكثر ما تكون أهمية في المراحل لأولى لعملية التغيير أي مرحلة إدراك المشكلة ومرحلة تحديد ما يجب عمله أو في المرحلة الأخيرة أي مرحلة القبول بالتغيير. ففي المراحل المبكرة لعملية التغيير تركز معظم استراتيجيات الإقناع على مواقف الأفراد بهدف إقناعهم بالتغيير.

وهنالك أساليب مختلفة للإقناع منها:

1. التقريب المتتابع **Successive Approximation:**

من المعلوم أن مواقف الأفراد حول البرامج الجديدة او الأنشطة تختلف ويمكن توضيح هذا الاختلاف على خط مستمر حيث تتراوح من مواقف إيجابية جداً إلى مواقف سلبية جداً وما بين ذلك من مواقف. كما يختلف موقف الفرد تجاه البرنامج الواحد حيث قد نجد ان موقفه إيجابي جداً تجاه بعض النواحي في البرنامج المقترح وسلبي تجاه بعض النواحي الأخرى. فعلى سبيل المثال يتفهم الأطباء الحاجة لبرنامج تعليمي لضبط جودة الرعاية الطبية التي يقترحونها لمرضاهم إلا أن مواقفهم قد تكون سلبية تجاه بعض النواحي لهذا البرنامج مثل العبء الكتابي والتوثيق الذي سيترتب عليهم القيام به نتيجة لتطبيق البرنامج كما قد تكون مواقفهم سلبية تجاه احتمالية إيقاع العقوبة على بعض زملائهم الأطباء في حالة ثبوت قصور أو إهمال في أداءه الطبي.

إن أسلوب التقريب المتتابع يطور مقياس متدرج يعكس مدى اختلاف المواقف حول برنامج محدد. والهدف هو تغيير مواقف الأفراد السلبية حول النواحي التي تكون عدم موافقتهم عليها ضئيلة او عن الحد الأدنى على أساس أن مع كل تغيير ضئيل سيكون هنالك تغيير في الموقف الكلي للفرد. وهكذا فالتغيير البسيط سيؤدي إلى تغيير إضافي.

2. أسلوب التشابه Analogy:

ويقوم هذا الأسلوب على استعمال موضوع مشابه للموقف الإشكالي إلا أنه غير مرتبط به مباشرة. فإذا ما استطاع المحاور إقناع الفرد بمنطق الموضوع المشابه المطروح للنقاش سيكون ذا فائدة أكيدة في تغيير موقفه في الموضوع الأصلي أو الإشكالي. وبذلك يتجنب المحاور من خلال هذا الأسلوب التطرق إلى القضايا التي تثير حساسية ورفض والاستعاضة عن الحديث المباشر عنها باستعمال موضوع مشابه.

ويتركز هذا الأسلوب على حقيقة عامة مفادها أن الأفراد عموماً لديهم حاجة لرؤية أنفسهم متناغمين أو منسجمين في تفكيرهم ومحاكمتهم للقضايا المطروحة. فإذا ما قبل الفرد بالمنطق الذي يحكم الموضوع المشابه وغير المرتبط بالموضوع الإشكالي وتم كشف اللاتناغم والتضارب مع المنطق الذي يستعمله في الموضوع الأصل سيشعر بمقدار من التوتر مما سيدفعه إلى التخفيف من مستوى التوتر عن طريق تغيير موقفه فعلى سبيل المثال يعارض كثير من الأطباء والمهنيون الصحيون استعمال وتطبيق أساليب علم الإدارة (بحوث العمليات وغيرها) في المستشفيات وفي منظمات الرعاية الصحية عموماً - نظراً للخصائص المميزة لهذه المنظمات كما بينا في الفصل الأول والثاني - إلا أنهم وبنفس الوقت معجبين إلى حد كبير بالكفاءة المتخصصة في منظمات الأعمال والصناعة نتيجة لتطبيق تلك الأساليب. وعند محاولة إقناع هؤلاء الأطباء باستعمال هذه الأساليب في بعض الأنشطة في المنظمة الصحية ستكون مهمة الإقناع أسهل إذا ما تم الحديث إلى الأطباء بأن بحوث العمليات تستعمل في منظمات الصناعة والأعمال. وطالما ان الأطباء معجبين بنتائج الكفاءة المتحققة لتلك المنظمات فإن التناقض الواضح بين هذين الموقفين للأطباء سينتج عنه تغيير في مواقفهم.

3. أسلوب الضغوط الاجتماعية:

فمن المعروف أن الجماعة تمارس ضغطاً كبيراً على أفرادها لضمان الانسجام والتناغم مع مواقف الجماعة ومعايير ونظام قيمها حتى لو كانت مواقف الجماعة غير صحيحة. وبناء على ذلك يمكن توظيف هذه الحقيقة وتطبيقها مباشرة في منظمات الرعاية الصحية والتي تتصف معظم أنشطتها بأنها تقوم على فرق العمل او مجموعات

العمل. كما أن الكثير من المدراء الصحيين يؤثرون على سلوك الأفراد ومواقفهم عند تعاملهم مع اللجان الكثيرة في المنظمات الصحية وكذلك عند تعاملهم مع مجالس إدارة هذه المنظمات.

4. أسلوب تشتيت الذهن Distraction:

تشير تجارب علم النفس الاجتماعي بأن عملية الإقناع تكون أسهل وأفضل عندما لا يكون الأفراد المراد إقناعهم واعين او متنبهين بشكل مسبق لمحاولة الإقناع. وعندما يتم إدخال قدر كافي من تشتيت الذهن في صميم محاولة الإقناع لمنع هندسة وحشد الرأي المخالف. وعلى ذلك فإن التصميم الفعال لمحاولة الإقناع يجب أن يبدأ ببعض من تشتيت الذهن والانصراف إلى أنشطة غير مرتبطة بموضوع المناقشة كأحاديث المجاملات والأنشطة والاجتماعية وهذا جزء من المعايير الاجتماعية المقبولة في كل المجتمعات ويوفر نمطاً ملائماً للتفاعل الإنساني.

استراتيجيات التيسير:

وتمثل هذه الاستراتيجيات التدخلات التي نقوم بها لتسهيل تنفيذ التغيير المطلوب. ويقوم استعمال هذه الاستراتيجيات على افتراض أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير. ومن الاستراتيجيات المستعملة في هذا السياق أسلوب بناء الفريق وأسلوب تدريب الحساسية وأسلوب الاستشارة المتخصص. وتمكن هذه الاستراتيجيات الأفراد في المنظمة من تكوين فهم أفضل وأكبر لأنفسهم ولمجموعات العمل التي يرتبطون معها بعلاقات مما يعزز ويدعم عملية التغيير في المنظمة وسوف نقتصر على الحديث عن أهم هذه الاستراتيجيات في المنظمة الصحية وهي بناء الفريق.

استراتيجية بناء الفريق:

من المعروف أن منظمات الرعاية الصحية تعتمد إلى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات رعاية طبية

جيدة. ورغم ذلك نجد درجة عالية من النزاع والخلاف والارتباك والغموض بين مجموعات العمل داخل هذه المنظمات في عالم الواقع مما ينعكس سلباً على فاعلية المجموعات وعلى قدرتها على المشاركة الفعالة في عملية التغيير.

ويعتبر أسلوب بناء الفريق مدخلاً لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلة فيها. ويشبه هذا الأسلوب أسلوب الاستشارة المتخصصة إلا أنه لا يقدم استشارة لفرد بل معلومات مفيدة للمجموعة. ويركز هذا الأسلوب على تحديد المتغيرات الحاسمة وذات الاهمية لعمل المجموعة. حيث تغذي هذه المعلومات إلى المجموعة لتمكينها من تشخيص المشاكل وتطوير خطط الحلول الممكنة.

ومن فوائد استعمال هذا الأسلوب في منظمات الرعاية الصحية:

1- زيادة إنتاجية العمل وخاصة إنتاجية اجتماعات فرق العمل والتي تستعمل بشكل واسع في المنظمات الصحية.

2- زيادة وضوح الدور المتوقع وتغيير سلوك الدور عند الحاجة.

3- زيادة المرونة في عملية اتخاذ القرارات.

4- توسيع قاعدة المشاركة في السلطة وتفعيل المشاركة بين أعضاء الفرق.

استراتيجيات القوة:

تقوم هذه الاستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير. ويعتمد نجاح هذه الاستراتيجيات على درجة اعتماد المنظمة على الفرد أو المنظمة التي تفرض هذه الاستراتيجيات. وبذلك فإن توفر البدائل لتحقيق أهداف المنظمة الصحية يقلل من فعالية استراتيجيات القوة. وتستعمل استراتيجيات القوة وبشكل خاص عندما تفشل المنظمة أو إحدى الوحدات التنظيمية فيها في إدراك الفجوة الأدائية (ما تفعله وما يتوجب فعله) حيث تفشل في البدء بعملية التغيير المطلوب.

إلا أنه يعاب على هذه الاستراتيجيات وبشكل واضح أنها وإن كانت تضمن تنفيذ التغيير إلا أنها لا تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة وخير مثال على هذه الاستراتيجيات في منظمات الرعاية الصحية المعايير المفروضة من الجهات الخارجية والتي تلزم المنظمات الصحية الإذعان لها مثل معايير التعويض المالي للمستشفيات والأطباء، ومعايير التدريب والتعليم وتقييد الإنفاق الرأسمالي وتقويم التكنولوجيات الطبية ومراجعة استعمالية الموارد التي يفرضها عادة الطرف الثالث (الدافع لكلفة الرعاية) ومعايير الترخيص والاعتماد حيث أن الفشل في الإذعان والتقيد بهذه الأمور قد ينتج عن أخطاء للمنظمة وربما اتخاذ إجراءات قانونية بحقها.

اختيار الاستراتيجية المناسبة:

إن الاختيار النهائي لنوع الاستراتيجية والأساليب التي يتضمنها كل منها يعتمد على عاملين هما:

1- نوع التغيير المطلوب.

2- المرحلة المحددة في عملية التغيير.

ويوضح الجدول رقم (32) العلاقة بين نوع الاستراتيجية ونوع التغيير. فكما يبين الجدول رقم (32) فإن هنالك علاقة قوية بين نوع الاستراتيجية ونوع التغيير المقترح - فاستراتيجيات إعادة التعليم واستراتيجيات الإقناع تعتبر الأكثر ملائمة عند التفكير بإدخال التغييرات التكنولوجية (تغيير فني) التي تتطلب تغيير في الوسائل وليس الغايات. واستراتيجيات القوة واستراتيجيات التيسير تعتبر الأكثر ملائمة عندما تتطلب التغييرات إدخال تغير على الغايات (الأهداف) أو على كلا الأهداف والوسائل (تغيير تكيفي).

وحقيقة الأمر أن المنظمات تطبق استراتيجيات متعددة في نفس الوقت آخذه بعين الاعتبار مراحل عملية التغيير. فكما يبين الجدول السابق لابد من التأكيد على فكرة التتابع في مراحل عملية التغيير وكذلك الاختلاف في المجموعات المستهدفة بالتغيير في المراحل المحددة للتغيير. حيث أن الفشل في الأخذ بالاعتبار تتابع العملية والمجموعة المستهدفة يمكن أن يفشل استراتيجيات التغيير.

جدول رقم (32)

أنواع التغيير واستراتيجيات التغير

نوع الاستراتيجية

أنواع التغير	إعادة تعليم	إقناع	تسهيل	قوة
فني	نعم	نعم		
تعديل	نعم	نع	نعم	
تكيف	نعم	نعم	نعم	نعم

معوقات تنفيذ التغيير:

تواجه منظمات الرعاية الصحية حاجة متزايدة لإعادة النظر بأهدافها وبناءها التنظيمي ووسائلها لضمان قدرتها على تقديم رعاية جيدة ولضمان قدرتها على الاستمرار. وقد جربت هذه المنظمات استعمال استراتيجيات تيسير متعددة مثل بناء فرق العمل والاستشارات المتخصصة بالعمليات والأنشطة لضمان سلامة التغيير التكيفي والتعديلي الذي أخذت بإدخاله. ورغم نجاح هذه الجهود في منظمات الأعمال واجه تطبيقها في منظمات الرعاية الصحية صعوبات تتمحور حول أربعة عوامل:

1- **طبيعة مهام الرعاية الطبية:** حيث تتصف هذه المهام بالغموض وعدم الوضوح وعدم التيقن من النتائج مما يصعب من عملية تحديد أهداف قابلة للقياس لهذه المهام. ومما يزيد من هذه الصعوبة حقيقة تعامل هذه المنظمات بقضايا تعود للموت والحياة والتي لا تحتمل الخطأ أو المخاطرة كما ان الأخطاء غير قابلة للإصلاح وتنطوي على تكلفه معنوية ومادية عالية. إن هذه الخصائص تحمل مضامين هامة بالنسبة لتنفيذ التغير التعديلي والتكيفي. حيث ينظر إلى هذه التغييرات بأنها ذات أثر مباشر على الأفراد المعنيين بإنتاج وتقديم الخدمة الطبية. وهذا من شأنه

تغيير الطريقة التي اعتاد عليها ويتبعها هؤلاء الأفراد في القيام بأعمالهم كما يؤثر على جودة هذه الخدمات.

والنقطة الثانية والهامة أن منظمات الرعاية الصحية لديها الميل وبشكل مسبق لتقويم كفاءة التغيير المقترح بشكل مسبق فلا مجال للمخاطرة ولا احتمال لدرجة أكبر من عدم التيقن في الممارسة الطبية. والمعلوم أن معظم التغيير التعديلي والتكيفي لم يتم اختباره مسبقاً ولا يتوفر بينة أو دليل تدعم فعالية هذه التغييرات.

2- **طبيعة العناصر البشرية العاملة في منظمات الرعاية الصحية.** فمن المعروف أن العنصر البشري هو العنصر الأكثر حسماً في عملية إنتاج وتقديم الخدمة الصحية. كما أن المهنيين الصحيين العاملين في المنظمة وخاصة الأطباء تحكم أداءهم الطبي مبادئ وأخلاقيات قوية كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم. وعلى ذلك فإن أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن تنتج عن رفض أو انتقاد أعضاء المهنة إضافة إلى المخاطرة القانونية التي قد تترتب على ذلك. وعادة ينظر هؤلاء إلى التغير التعديلي والتكيفي على أنه تحمل غير ضروري للمخاطر.

3- **طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم:** أو ما يعرف بالنموذج الطبي Medical Model والذي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل بالعلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر. وهذا يتعارض بشكل كامل مع منهج التطوير التنظيمي الذي يتبعه مستشارو التطوير التنظيمي حيث يحاولوا العمل على حل المشاكل بالتشاور الكامل مع المعنين الرئيسيين في المنظمة. وبالتالي فإن فشل استشاري التطوير التنظيمي للاستجابة لخصوصية النموذج الطبي وتوقعاته يقلل من مصداقية أخصائي التطوير التنظيمي من وجهة نظر هؤلاء المهنيين الصحيين.

4- **طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية وتعقيده** وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة والسيطرة وما يتصف به من تعدد الأقطاب. مما يجعل من الصعب تحديد نقاط السلطة والتأثير داخل المنظمة الصحية. وفي التغيير التعديلي والتكيفي

لابد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة وبمفهوم نقاط السلطة. وحقيقة الأمر أن الكثير من الأفراد ممن هم خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدر كبير من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء. أن الفشل في استشارة هؤلاء منذ البداية يمكن أن يفشل أو يعرقل جهود التغيير.

5- طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين والتي تركز على الاستقلالية والفردية في اتخاذ القرارات مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية والتي تقوم على المشاركة والتي تميز جهود التغيير المخططة. فالمنظمات الصحية لا يتوفر لها الخبرة الكافية فيما يتعلق بالتعاون والمشاركة في حل مشاكلها.

6- تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية والتي لابد من التوفيق بين مصالحها وأهدافها وأهداف المنظمة. حيث تضع منظمات الرعاية الصحية أهمية واهتمام كبير لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية وخاصة المستهلكة لخدمات المنظمة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي وأرباب العمل والحكومة أحياناً وغيرهم.

المراجع العربية

1- اسطيفان، رعد، صالح، عبد الرزاق، بطرس، ناصر، "إدارة المستشفيات". جامعة بغداد، 1982.

2- جاد الرب، سيد. "إدارة المنظمات الصحية والطبية"، جامعة قناة السويس، الإسماعيلية، 1996.

3- حرستاني، حسان. "إدارة المستشفيات" معهد الإدارة العامة. الرياض، 1990.

4- عبد العزيز، خالد بن سعد. "إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي"، جامعة الملك سعود، الرياض، 1997.

5- زيادات، عادل. "الخدمات الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية" جامعة اليرموك، رسالة ماجستير، 1994.

6- نصيرات، فريد "معايير المرضى في اختيار المستشفى الخاص في الأردن" أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد، (14)، عدد (1)، 1998.

7- نصيرات، فريد، "مصادر شكوى لمرضى من الخدمات الاستشفائية في القطاع الخاص الأردني"، مجلة دراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، مجلد، 26، عدد (1)، 1999.

8- نصيرات، فريد، ضمور، هاني. مكونات جودة الخدمات الاستشفائية: دراسة مقارنة من وجهة نظر المرضى ومدراء المستشفيات، مجلة العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، مجلد 11، العدد 2، 2000.

9- نصيرات، فريد. ضمور، هاني. "العوامل المؤثرة على قرار أطباء الاختصاص في اختيار المستشفى كمكان للممارسة الطبية في القطاع الخاص الأردني"، مجلة العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، مجلد (14)، العدد (2)، 2001.

المراجع الأجنبية

1- Adi Armoni, "Effective healthcare information Systems", Idea Group Publishing, April 2002.

2- Alan M. M. Zuckerman, "Healthcare strategic planning: Approaches for the 21st Century", Health Administration Press, April 2002.

3- Austin Ross, Frederick J. Wenzel, Joseph W. Milting, "Leadership for the Future: Core Competencies in Healthcare", Health Administration Press, January 2002.

4- Bryan P. Bergeron, "Essentials of shared Services", Wiley John & Sons, October 2002.

5- Carson F. Dye, "Winning the Talent war: Ensuring Effective Leadership in Healthcare", Health Administration Press, February 2003.

6- Clewer, A. and Perkins, D. "Economics for Health Care Management", Prentice Hall Europe, 1998.

7- Cooper, A. M. and Bamford, M. "Excellence In Health Care Management", Blackwell Science, Ine. 1997.

8- David B. Nash, Mary Part Namfredi, Susan howell, Barbara Bozarth, Barbara Bozerth, Mary Pat Namfredi, "Connecting with the New healthcare consumer: Defining Your Strategy. Aspen Publishers, Inc. September 2001.

9- Donabedian., A., "Aspects of medical Care Administration", Havard University press. 1976.

10- Fiedler, F. E., Chemers, M., "Leadership and Effective Management", Foreman and o., 1974.

11- Fottler, M. D., Hernoanez, R. and Joiner, C. L., "Essentials of Human Resources Management in health Services Organizations", Delmor publishers, Inc. 1998

12- Frankie Perry (Editor), "Tracks We Leave: Ethics in healthcare Management", Health Administration Press, September 2001.

13- Freidson, Eliot: the hospital in modern society, 1963.

14- Gene Lass, Carles R. Mconnell, "The Effective health Care Supervisor, Aspen publishers, Inc., January 2002.

15- Harvey A. Skinner, "Promoting health through Organizational Change", Allyn & Bacon, Inc., October 2001.

16- Health Foundation, Problem - Solving for Better health", the health Foundation, 1992.

17- hodgetts, R. M., Cascio, D.M., "Modern Health Care Administration", Academic press, Inc., 1983.

18- Hopkins, A. and Costain, D., "Measuring the outcomes of medical Care", Ed. Royal College of Physicians of London, 1990.

19- James L. Gibson, Robert Konopaske, John M. Ivancevich (Editor), "Organizations: Behavior, Structure, processes" McGraw-Hil Higher education June 2002.

20- Jone Turnbull, Colin Peacock, Sarah mullally, Cynthia Tormton (Editor), "Managing and Leading Innovation Health Care", Saunders, W B Co, September 2002.

21- Joseph S. Sanfilippo, Thomas E. Nolan (Editor), "MBA Handbook for Healthcare Professionals", CRC Press, June 2002.

22- Kaluzny, A.D., Dhortell, S.M. "health care management", Delmar Publishers Inc., 1994.

23- kaluzny, A.D., Warner, D.M., Warren, D.G., and Zelman, W.N., "Management of Health Services", prentice Hall, Inc., 1982.

24- Knowles, J.H., "Doing Better and Feeling Worse, Health in the United states". Ed. w.w. Norton and Company, 1997.

25- Lawton B. Burns, "Strategic Mgment of the healthcare", Wharton Scholl, Wiley, John & Incorporated march 2002.

26- Lee, P.R., Estes, C.L., Ramsay, N., "The nations health", Ed. Jones and Bartlett Publishers, Inc. 1990.

27- Libeler, J.G., McDonnell, C.R., "Management principles for Health professional", Aspen publishers, Inc. 1999.

28- Longest, B.B., "Management Practices for the Health professional" Renton publishing Company, Inc., 1976.

29- MacEachern, "Hospital Organization and management", Berwyn, Illinois, physicians Record Co., 1982.

30- Marilyn K.K. Hart, Robert F. Hart, Robert F. hart, "statistical Process Control for health Care", Brooks, Cole Publishing company, October 2001.

31- McConnell, C.R., "Managing the Heath Care professional". Aspen system Corporation, 1984.

32- McDougall, M.D., Covert, R. and Milton, V., "Productivity and performance Management in health Care Institutions", Ed. American hospital Publishing, Inc. 1989.

33- MCGibony, J.R., "Principles of Hospital Administration", Putnam's and sons, N.Y. 1983.

34- Michael nowicki, "The Financial management of Hospitals and health care organization", health Administration press. July 2001.

35- Miller, M. S., "Health Care Choices for Todays onsumer, "Ed., John Wwiley and sons, Inc. 1997.

36- Nnad, E.E., "Human Resources Management for Health Care professionals", Howard university press, Washington, D.C. 1997.

37- Powell, W.W., "The nonprofit Sector", Ed. Yale University 19987.

38- Pakich, J.S., Longest, B., and Darr, K.,"Managing Health Services Organization", Health Professions Press, Inc., 1992.

39- Reinke, W.A., "Health planning, Qualitative Aspects and Quantitative Techniques", Waverly press, Inc. 1973.

40- Robert A. Mclean, "Financial Management in Health Care Organizations, Delmer Learning may 2002.

41- Romer, M.I. and Dekker, M., "Comparative National on Health Care", N.Y., 1977.

42- Rowland H.S. Rowland, B.L., "Hospital Administration Handbook", Ed. Aspen Systems corporations, 1981.

إدارة منظمات الرعاية الصحية

إدارة منظمات الرعاية الصحية

الأستاذ الدكتور
فريد توفيق نصيرات
رئيس قسم إدارة الأعمال
الجامعة الأردنية






9789957064211